

# ARCHIVES

## D'OPHTALMOLOGIE

---

CLINIQUE DU DOCTEUR LANDOLT.

---

### AFFECTIONS HYSTÉRIQUES DES MUSCLES OCULAIRES

Par le docteur **G. BOREL**, chef de clinique.

**INTRODUCTION. — PARENTÉ INTIME DES AFFECTIONS HYSTÉRIQUES DES MUSCLES OCULAIRES AVEC LES TROUBLES RÉFLEXES DES YEUX.**

Les travaux de Charcot et de ses élèves ont apporté des résultats tout à fait inattendus sur la question des troubles oculaires des hystériques ; il n'y a pas longtemps encore, on était plein de défiance pour tout ce qui concernait les plaintes de ce genre de malades ; la vision douloureuse, la cécité qu'ils accusaient étaient mises dans le domaine de la simulation. Actuellement, on connaît des désordres caractéristiques et bien étudiés qui aident au diagnostic de cette névrose au lieu de la troubler. Les nerfs sensibles, l'accommodation, l'acuité visuelle et le sens chromatique peuvent être atteints lorsque l'hystérie s'attaque à l'œil et ces symptômes ont acquis une véritable valeur nosographique, surtout depuis les investigations que le D<sup>r</sup> Landolt a faites à la Salpêtrière ; cependant les phénomènes somatiques, comme étant les caractères pathologiques les plus précieux pour fixer les types cliniques, doivent être recherchés par dessus tout ; or, dans les affections hystériques, surtout celles des yeux, ce ne sont pas les caractères matériels, difficiles à simuler, qui sont les plus fréquents et qui attirent le plus l'attention. Jusqu'ici, on ne connaissait bien que les troubles sensitifs et sensibles que l'hystérie fait subir à l'organe visuel, tandis que les troubles musculaires passaient inaperçus, soit qu'ils fussent peu apparents, soit qu'on les interprêtât faussement.

Le diagnostic étiologique est, en effet, quelquefois difficile, d'abord parce que les phénomènes les plus ordinaires de l'hystérie peuvent rester momentanément cachés ou qu'une affection concomitante peut induire en erreur. Il peut même y avoir difficulté à démêler ce qui appartient à la cause prédisposante et ce qui revient à la cause occasionnelle, car chez les hystériques les paralysies, quelle que soit leur cause occasionnelle, ont la plus grande tendance à prendre le caractère de la paralysie hystérique. Une cause psychique ou matérielle, telle qu'un traumatisme, suffit pour faire apparaître une paralysie chez les sujets qui y sont ainsi prédisposés. Il peut se faire, en outre, que la névrose même ne présente aucun des caractères auxquels on la reconnaît ordinairement, et que la paralysie en soit le premier symptôme qui sera suivi et expliqué par d'autres phénomènes plus évidents mais arrivant tardivement. Ce sont ces malades que M. Charcot a appelés du nom si original de *hystériques de l'avenir*, lorsque que j'eus l'honneur de lui présenter un cas où la paralysie oculaire et des phénomènes peu explicables avaient précédé l'apparition des symptômes ordinaires et plus caractéristiques de l'hystérie. Combien d'erreurs au point de vue clinique et même en thérapeutique — voire même en chirurgie, — eussent pu être évitées, si on avait trouvé la cause d'affections musculaires oculaires dans la névrose hystérique.

L'étude de ces cas difficiles peut être faite sûrement, surtout depuis que M. Charcot est sur le point de faire de l'hystérie une entité morbide bien définie et de faire sortir cette névrose d'un certain mysticisme pathologique qui en avait fait un protée insaisissable, où il n'y avait rien de fixe, une affection dont les symptômes n'avaient d'autre loi que le caprice. La différenciation étiologique pour les contractures et les paralysies des muscles oculaires doit être soumise aux mêmes règles que pour les localisations plus communes de l'hystérie; cependant, le nombre des cas soigneusement décrits et bien analysés est des plus restreint; il est même difficile de se rendre compte de la nature des cas dans la plupart des observations que la littérature nous a conservées, éparses la plupart dans les revues et les périodiques. Il y a bon nombre

de  
un  
de  
foi

pro  
cid  
log  
à u  
l'a  
mo

et c  
rét  
aug  
ind  
une  
cha  
pat  
d'ac  
réfl  
4°  
tan  
une  
foul

L  
ord  
prop

(1)  
d'opl  
(2)  
M. I  
testin  
qu'el  
une I  
motr  
La  
une l  
ralys

de paralysies oculaires attribuées à une cause réflexe ou à une autre origine encore qui, après analyse, nous semblent devoir rentrer dans notre domaine, et nous aurons plusieurs fois l'occasion de les discuter dans le cours de ce travail.

*Les affections oculaires réflexes et les affections hystériques* présentent un *parallélisme* des plus remarquables et des coïncidences frappantes dans leurs manifestations. Ainsi : 1° l'*étiologie* des unes et des autres est souvent rapportée à une émotion, à un traumatisme léger, à un trouble menstruel; 2° l'*invasion de l'affection* offre les mêmes coïncidences; 3° pour la *symptomatologie* nous voyons que, dans les observations de paralysies et d'amblyopies par névralgies dentaires, on trouve notés des rétrécissements du champ visuel (1); l'auteur y indique une augmentation du rétrécissement pendant l'examen, ce qui indique que cette expérience fatigue l'appareil visuel avec une facilité anormale; or, le rétrécissement progressif du champ visuel, à mesure que dure l'examen fonctionnel, semble pathognomonique de l'hystérie. La coïncidence de spasmes d'accommodation, de blépharospasmes avec les amblyopies réflexes est un élément de plus qui les rapproche de l'hystérie. 4° l'*issue de la maladie* enfin, les guérisons subites et spontanées ou dues à des moyens tout psychiques, nous paraissent une preuve de plus que l'hystérie a été méconnue dans une foule de cas.

Le nombre des paralysies et affections réflexes de tout ordre diminue (2), du reste, à mesure que la pathogénie fait des progrès, et, en ophtalmologie aussi, le nombre des causes

(1) Amblyopies et amauroses, par le professeur Nüel, in *Traité complet d'ophtalmologie* de Wecker et Landolt, III<sup>e</sup> vol. 1887, p. 699 et 707.

(2) Nous mettrons en parallèle avec nos observations, le cas cité par M. Delpech d'une malade qui fut prise subitement de symptômes gastro-intestinaux, vomissements, coliques, diarrhée fétide et qui le lendemain s'aperçut qu'elle ne pouvait plus remuer le bras et la jambe du côté droit; on constatait une hémianesthésie droite; la sensibilité revint rapidement, mais l'hémiplégie motrice qui respectait la face ne cessa qu'avec la guérison de l'entérite.

La paralysie ayant la durée des accidents abdominaux, sa coïncidence avec une hémianesthésie fugace justifient le rapprochement que l'auteur fait des paralysies hystériques avec ces troubles réflexes.

(France médicale, 8 décembre 1881.)

morbides plus ou moins occultes tend à diminuer. Les paralysies oculaires ou autres que nous trouvons indiquées dans les caries dentaires et dans le saturnisme, par exemple, semblent devoir être rapportées à une cause générale, tandis qu'on les avait attribuées à l'affection prédisposante.

Des auteurs n'ont pas établi de limite fixe entre les amblyopies réflexes et les amblyopies hystériques; ainsi M. Nüel (1) parle d'amblyopie hystérique réflexe lorsqu'une amblyopie hystérique lui semble liée à une affection du système utérin. D'autre part, on trouve des observations d'amblyopie soi-disant réflexe accompagnées de description de symptômes si nettement hystériques que nous ne voyons pas pourquoi on augmenterait la liste étiologique des amauroses sans raison péremptoire.

L'explication des névroses réflexes due à M. Brown-Séquard éclaire fort peu leurs symptômes, surtout dans le domaine de l'ophtalmologie; d'après les théories de ce savant, la propagation d'une irritation périphérique sur l'organe central, sans formation de foyers dans celui-ci, amènerait des paralysies dans des parties éloignées du corps; la contraction des vaisseaux sanguins jouerait un rôle dans ces processus. L'explication des phénomènes hystériques, même les plus accusés, réclame, nous semble-t-il, une cause moins matérielle encore, et les paralysies hystériques si sensibles à l'expérience du transfert n'ont sans doute pas de causes plus saisissables que les mouvements moléculaires.

Nous montrerons, par nombre de cas, combien est complexe la question des affections réflexes de l'œil; en résumé, d'une part, dans les affections dites réflexes, l'hystérie a été souvent méconnue, et d'autre part, les actions réflexes sont des plus puissantes chez les hystériques. Richey (2) dit que l'excitabilité de la moelle par action réflexe est énormément accrue, et qu'une cause insignifiante amène des résultats considérables chez les hystériques. Chez ces malades, les contractures sont spasmodiques et comparables

(1) *Loc. cit.*, p. 698.

(2) *Physiologie des muscles et des nerfs.*



à celles produites par l'interception de communication de la moelle épinière au cerveau. Dans l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de la léthargie, ce sont les cellules des cornes antérieures qui sont probablement excitées, quand on fait alors contracter tel ou tel muscle par irritation locale; le cerveau n'agit plus comme modérateur des réflexes, aussi la réaction aux excitations est-elle bien plus grande. On observe bien nettement ce phénomène chez les hystériques, dans l'état d'hypnotisation qui rend la contracture musculaire imminente et très facile à provoquer.

Les muscles oculaires réagissent à toutes les excitations avec une grande facilité. Une hyperhémie du cerveau et des méninges suffit souvent à elle seule pour produire des paralysies ou des parésies généralement passagères, des muscles de l'œil (1); on a signalé la constipation, l'alcoolisme, l'anémie comme pouvant avoir des effets semblables (2), mais ce ne sont là probablement que des causes secondaires masquant l'étiologie vraie. L'observation suivante de Lasègue (3) est un exemple typique des cas si nombreux où l'hystérie se démasque longtemps après que les yeux en ont offert les symptômes variés. Une jeune fille ayant reçu quelques grains de sable dans l'œil eut une conjonctivite insignifiante à laquelle succéda une contracture des paupières qui se prolongea pendant des mois, alors que toute trace de conjonctivite avait disparu. Toutes les médications furent inutiles; puis, une nuit, la contracture disparut subitement et définitivement. Plus tard arrivèrent les accidents hystériques typiques. La contracture des paupières peut être une manifestation de ce que Lasègue appelle l'hystérie périphérique. Des exemples tels que celui-là sont faits pour démontrer l'importance qu'on doit ajouter aux symptômes spasmodiques oculaires si souvent laissés dans l'ombre. Les paralysies des muscles de l'œil par caries dentaires nous offrent, dans le cas de M. Terrier (5),

(1) Art. Strabisme de Landolt. Dictionnaire encyclop. des sc. méd., — et A. Græfe. Motilitätsstörungen. Gesamt. Augenheilk.

(2) *Loc. citat.*

(3) Lasègue. Des hystéries périphériques, juin 1878. Archiv. gén. de méd.

(4) Terrier. Contractures des muscles de l'œil et de l'orbiculaire gauches, guéris par l'ablation de dents cariées (Rec. d'ophth., 1876, p. 88-89).

la preuve la plus nette du rôle prépondérant que l'hystérie y joue ; nous reproduirons, du reste, cette observation en parlant des spasmes.

Les stigmates hystériques sont souvent aussi peu apparents, et il faut les chercher soigneusement dans des régions où on les trouve rarement isolés. MM. Charcot et Féré (2) ont observé chez certains malades, que l'anesthésie hystérique des téguments peut être limitée à la peau du pourtour de l'orbite et à la conjonctive de l'œil amblyope.

La recherche étiologique des cas cités dans la littérature que nous avons consultée était, en outre, difficile parce que beaucoup d'auteurs ne mentionnent ni la présence ni l'absence de stigmates hystériques certains, et acceptent les explications les plus diverses comme suffisantes. Eggleston (2) a publié deux cas de paraplégies réflexes qu'il attribue l'un à un *tenia* et l'autre à un *phimosis* ; ces malades étaient affectés d'un strabisme alternant tantôt convergent et tantôt divergent qui disparut rapidement. L'auteur attribue la guérison du second cas à l'opération du phimosis. Fœrster (3) cite une parésie du muscle oculomoteur externe et de l'accommodation qu'il croit due à la *trichinose* ; le strabisme réflexe coïncidant avec la présence des différents *parasites intestinaux*, nous semble aussi demander une étiologie plus concluante.

La *grossesse*, la *menstruation*, l'*irrégularité dans les règles*, la *masturbation* qui jouent un rôle si effectif dans l'éclosion et le cours de l'hystérie, ont aussi des faits nombreux à leur actif. M. Nüel (4) avait déjà été frappé de la parenté étroite qui unit l'amblyopie par masturbation et l'amblyopie hystérique. Mavel (5) a étudié une paralysie de la paupière supé-

(1) Cité par M. Parinaud. Ann. d'oculist., août 1886.

(2) Eggleston. Journal of the American medic. Assoc. 8 mai 1886.

(3) Fœrster. Beziehung der Allgemeinleiden, p. 123-179. On ne peut attribuer ici la paralysie à une lésion directe du muscle, puisque les trichines n'attaquent jamais les muscles lisses.

(4) Loc. citat. de Wecker et Landolt. Traité complet d'ophtalmologie, 1887, t. III.

(5) Gazette des hôpitaux, 1853, n° 5. — Pour le blépharospasme en suite de masturbation voyez : Augenkrankheiten bei Masturbanten. Von Prof. Dr H. Cohn. in Breslau, 1882, — et Annales d'oculistique, t. XXX.V, p. 274.

rière survenue à la suite de la masturbation chez une jeune fille de 13 ans. L'enfant se corrigea de sa mauvaise habitude et guérit en neuf jours.

M. Blanc (1) signale les paralysies oculaires consécutives à la *suppression des règles et aux hémorrhôides*, décrites par Fano et Jouanolou (2) et l'observation de Mavel (d'Ambert) d'une paralysie de l'oculomoteur sous la dépendance de la *masturbation*. Cooke (3) avait déjà attiré l'attention sur ce sujet; une jeune fille atteinte d'aménorrhée avait un ptosis double qui disparaissait chaque fois que les règles se présentaient.

Hasner (4) a décrit une paralysie périodique de la troisième paire gauche apparaissant régulièrement à chaque *menstruation* depuis deux ans; la paralysie est d'abord complète; le 2<sup>e</sup> jour le ptosis cède; le 3<sup>e</sup> jour, la rotation en dedans s'exécute et la mydriase disparaît au bout de huit à dix jours. Les maux de tête et les vomissements prémonitoires de la paralysie n'excluent pas l'existence d'une névrose latente, et la paralysie périodique migraineuse de l'oculomoteur commun n'est pas une espèce morbide assez nettement définie pour que ses symptômes ne puissent être susceptibles d'étiologies variables. Ne peut-on pas rapprocher ces observations de celles de Meyer (5) qui a étudié une amaurose nettement hystérique chez une femme célibataire de 40 ans devenant aveugle pendant plusieurs heures à l'entrée de chaque menstruation?

Bloding (6) cite l'histoire d'une personne chez laquelle, à chacune de ses *grossesses*, un œil d'abord, puis les deux, étaient affectés de *strabisme*. Ce phénomène arrivait avec une régularité telle qu'il pouvait servir chez elle de signe certain de conception. D'autres observations, toujours rangées d'a-

(1) Le nerf oculo-moteur commun et ses paralysies, par le D<sup>r</sup> E. Blanc. Thèse de Paris, 1886.

(2) A. Jouanolou. Du Ptosis et de ses diverses formes. Thèse de Paris, 1873.

(3) Ann. d'oculistique, t. XXXVIII, p. 102, et London Med. Society, 1850.

(4) V. Hasner. Periodisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung, in Prager medic. Wochenschrift, n<sup>o</sup> 10, mars 1883.

(5) Louis Meyer. Über hysterische Amaurose. Berl. Klin. Wochenschrift, 1874, p. 659.

(6) Zeitschrift d. wien. Ärzte. Febr. 1883.

près leurs auteurs dans les affections réflexes, confirmeront encore plus notre opinion relativement à la parenté intime que nous avons cherché à établir entre les affections hystériques des muscles oculaires et les troubles dits d'origine réflexe.

Les *traumatismes* ont aussi apporté leur contingent à ces derniers. Ainsi, Leber (1) a publié, sous le titre d'« Amblyopie réflexe d'origine traumatique par irritation du nerf sus-orbitaire », le cas d'un jeune garçon de 11 ans qui, à la suite d'un coup reçu à l'œil gauche, sans aucune lésion cependant, présenta les phénomènes suivants : la vision diminua tellement qu'il ne comptait plus les doigts qu'à 4 pieds; une photophobie et un blépharospasme se déclarèrent en même temps qu'une contracture spastique des muscles de la face que Leber croyait due à la grande sensibilité du nerf sus-orbitaire dont le malade se plaignait; on constata, en outre, un rétrécissement du champ visuel, une *diplopie croisée* et de l'*achromatopsie*. L'examen ophtalmoscopique ne révéla rien d'anormal; l'auteur de l'observation fut très étonné de voir le rétrécissement concentrique du champ visuel s'étendre aux deux yeux, de même que l'amblyopie avait aussi gagné l'œil épargné par le traumatisme; cet œil n'avait plus qu'un dixième de son acuité visuelle normale quinze jours après l'accident; la motilité des globes oculaires était excellente dans toutes les directions; il fallait donc attribuer la diplopie croisée au *spasme des muscles oculaires*. Immédiatement après une injection de morphine (2), il se manifesta une amélioration étonnante; à la troisième piqûre, il ne restait plus que le blépharospasme; le spasme d'accommodation disparut en dernier lieu. M. Leber dit bien que cette amblyopie traumatique ressemble beaucoup à l'amblyopie hystérique, et cependant il l'attribue à cette lésion si minime qui n'a évidemment pour nous qu'une importance anamnestique; le coup reçu a simplement réveillé la diathèse. On peut rapprocher ici le cas de

(1) Leber, Reflexe Amblyopie traumatischen Ursprungs durch Reitzzustand des Nervus supraorbitalis. Archiv., f. Ophthalm. 1880, t. II, p. 249.

(2) L'action résolutive de la morphine, de la cocaïne et des anesthésiques en général sur les spasmes hystériques est connue et nous y reviendrons.

Mooren (1) concernant un jeune garçon qui, à la suite d'une blessure superficielle à la tête, fut atteint d'une amblyopie accompagnée de rétrécissement du champ visuel, puis d'une épilepsie (*sic*) qui dura trois mois, et pour laquelle tous les remèdes restèrent inutiles jusqu'à ce qu'enfin un remède secret amena la guérison ! Nous serions bien étonnés si l'épilepsie en question n'était pas hystérique.

La ressemblance parfaite du groupe symptomatique décrit par Leber avec les cas plus typiques où les stigmates hystériques se trouvent au grand complet, ressortira avec la plus grande évidence lorsque nous aurons passé ces derniers en revue.

Il est évident que nous ne voulons pas parler des paralysies oculaires développées dans le cours d'un zona, englobées généralement — et à tort, selon nous — dans le groupe des affections réflexes, et qui sont évidemment de nature phlegmasique.

Erb (2) critique, sévèrement d'ailleurs, la théorie réflexe des paralysies oculaires : « Quant à moi, dit-il, je ne sache pas qu'en physiologie on ait connaissance de relations réflexes et continues, entre la peau du visage et les muscles des yeux. Je me suis aussi vainement efforcé de les constater par une forte excitation faradique de la peau du visage autour des yeux, et malgré mes nombreuses expériences pour amener par l'excitation de la peau une dilatation des pupilles, je n'ai jamais pu découvrir quoi que ce soit en fait de mouvement des muscles externes des yeux. »

**INFLUENCE DE L'HYPNOTISME DANS SES DIFFÉRENTES PHASES, ET DES ATTAQUES DE L'HYSTÉRO-ÉPILEPSIE SUR LES MOUVEMENTS DES MUSCLES OCULAIRES.**

D'après M. A. Robin (3), les hystériques peuvent avoir un regard particulier; ces malades, même en dehors des attaques,

(1) Mooren. Ophth. Beobacht. Berlin 1867, cité par Leber. Arch. f. O. *Ibidem*.

(2) Erb. Traité d'électrothérapie, trad. fr., p. 401.

(3) A. Robin. Des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale. Paris, 1880.

se font remarquer par une mobilité du regard jointe à des mouvements de clignotement si rapides, qu'ils sont quelquefois fatigants pour l'observateur. Sous l'influence de l'hypnotisme et dans les attaques hystériques, les troubles s'accroissent.

L'œil peut être une région hystérogène qui, rendue agissante, détermine les phénomènes généraux les plus frappants. Ainsi, Rybalkin (1) a publié l'histoire d'une jeune fille de 19 ans, chez laquelle une simple pression sur un œil mettait en état de léthargie l'autre moitié du corps seulement. Elle présentait un rétrécissement considérable du champ visuel.

D'autre part, les muscles oculaires, dans les trois phases de l'hypnotisme, se comportent très diversement; si par l'action ou le repos du releveur de la paupière, l'œil est ouvert ou fermé, les symptômes diffèrent absolument, comme nous allons le voir; on peut le constater de la manière la plus facile chez les individus hypnotisés. MM. Féré et Binet (2) ont vu cependant que, chez des individus cataleptiques d'un seul côté, l'autre restant léthargique, on peut opérer le transfert à l'aide d'un aimant; alors, l'œil du côté léthargique reste ouvert, et celui du côté cataleptique reste fermé. Dans l'état cataleptique, Strübing (3) a noté une position forcée (Rollung) des yeux dirigés en haut, avec une forte convergence accompagnée de blépharospasme; Scholler (4) a vu chez une jeune fille de 10 ans les yeux fixés immobiles en haut, et les pupilles mobiles pendant la même phase.

Il y a longtemps déjà que la position des yeux et les singularités de leurs mouvements dans la catalepsie et dans la léthargie hystériques, avaient frappé les observateurs.

Tissot (5) avait déjà remarqué dans la catalepsie que les yeux étaient fixés en haut et brillants, les paupières ouvertes

(1) Rybalkin. Ein Fall von Hysterie mit spontaner Hypnose. Neurolog. Centralblatt n° 4, 1884. Sitzung der St. Petersburgz psychiatr., Gesellschaft.

(2) Féré et Binet. Notes pour servir à l'histoire du transfert chez les hystériques. Progrès médical n° 28, 1884.

(3) Strübing. Über Catalepsie, Deutsch. Archiv. f. Klin. Med. XXVII, p. 111, 1880.

(4) *Ibidem*.

(5) Œuvres de Tissot, par Hallé.

et sans mouvements. — Bourdin (1) parle de clignotements perpétuels des paupières. Favrot (2) a vu dans la catalepsie que les yeux pouvaient rester dirigés de n'importe quel côté où on s'avisait de les tourner.

Rosenthal (3) insiste sur les phénomènes oculaires des états hypnotiques ; dans les uns, les globes oculaires roulent sous les paupières ; dans l'état cataleptique avec flexibilité cireuse, les yeux sont fermés par un spasme des deux muscles orbiculaires. Berger (4), en étudiant ces états nerveux, dit que, dans l'hypnotisme le plus profond, alors que la mydriase répond aux irritations sensibles, on peut fixer les yeux des sujets dans certaines positions voulues (par exemple dans le regard à droite et en pleine conscience), lorsqu'on pose la main chaude sur le sommet de la tête ; alors, même avec le plus grand effort de volonté, le sujet ne peut faire qu'une minime excursion du côté opposé ; aussitôt qu'on souffle doucement sur l'œil du côté droit (dévié), il fuit tout à coup du côté opposé, comme si les globes oculaires étaient repoussés. En soufflant sur l'autre œil, on ne peut rompre cette position forcée primitive des deux yeux. Dans des cas analogues, l'auteur a pu fixer les yeux contre la volonté de l'hypnotisé, dans le regard en haut et en bas.

Mais ces publications souvent confuses n'avancèrent guère l'étude de l'hypnotisme, et il faut arriver aux travaux de MM. Charcot et de Richer pour en comprendre les phénomènes.

M. A. Robin (5) résume ainsi, d'après les observations de MM. Charcot et Richer à la Salpêtrière, les modifications oculaires qui surviennent chez les cataleptiques et chez les léthargiques :

« Dans la *catalepsie hystérique provoquée*, les yeux sont ouverts, le regard d'une fixité absolue, la pupille ordinaire-

(1) Bourdin, 1841. Traité de la catalepsie.

(2) Favrot. De la catalepsie, de l'extase et de l'hystérie, thèse de 1844.

(3) Rosenthal. Traité clinique des maladies du système nerveux. — Traduction Lukanski, Paris, 1878.

(4) Berger. Hypn. Zustände u. ihrer Genese. — Bresl. Ärtzl. Zeitsch. N° 10-12, 1880.

(5) A. Robin. Des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale, Paris, 1880.



ment moyennement dilatée. Le clignotement normal des yeux n'existe plus ; souvent, on peut toucher la conjonctive oculaire sans provoquer de mouvements, mais l'attouchement de la cornée provoque l'occlusion des paupières. De même, en approchant le doigt dans la direction du rayon visuel et en touchant les cils, on produit aussitôt le clignotement. La vision n'est pas complètement perdue ; le regard suit le doigt qu'on lui présente, en même temps que la pupille se rétrécit un peu. Certains hystériques sont rendus cataleptiques, entr'autres procédés (fixité et convergence des axes visuels en haut ; vibrations d'un diapason ; bruit intense et inattendu ;) par la vue d'une lumière intense et soudaine ; cet état cataleptique peut être transformé en léthargie (1) par la simple occlusion des yeux, et l'occlusion d'un œil ne produit la léthargie que du côté correspondant. De cette façon, la catalepsie et la léthargie se succèdent au gré de l'expérimentateur suivant qu'il maintient ouvert ou fermé les yeux de la malade. (Charcot et Richer, Progrès médical, 1878, n° 51.) On comprend que, dans la léthargie, l'état pupillaire ne puisse être constaté, puisque l'occlusion des yeux est la condition nécessaire de celle-ci (2).

(1) Les trois états de l'hypnotisme sont le somnambulisme, la catalepsie et la léthargie. Le *somnambulisme*, phase de suggestion par excellence, est reconnaissable à la contraction musculaire passagère que provoquent les irritations les plus superficielles et les plus légères sur la peau, par exemple, un léger souffle ; dans cet état, les mouvements des yeux sont libres. — La *catalepsie* caractérisée par la passivité du muscle, l'absence de contractures, la flexibilité cireuse qui permet aux membres et au corps entier de garder les attitudes communiquées. Les yeux sont alors ouverts et il n'y a ni convulsion des yeux ni clignotement. — Dans la *léthargie*, au contraire, le muscle est dans un état fort différent. La plus simple des excitations, l'attouchement soit avec le doigt, soit avec un corps quelconque amène non seulement sa contraction, mais sa contracture, que l'excitation ait été portée directement sur le muscle ou sur les nerfs moteurs. C'est le phénomène appelé par M. Charcot : l'*hyperexcitabilité neuromusculaire* de la léthargie ; on peut ainsi faire contracter isolément les muscles de l'oreille, tel ou tel muscle du visage. Dans cet état, les yeux sont fermés et on a souvent des convulsions des globes oculaires dans toutes les directions, tantôt en bas et en dedans, en bas, tantôt en bas et en dehors, un frémissement constant des paupières. (Voir Charcot. Essai d'une distinction nosographique des divers états nerveux compris sous le nom d'hypnotisme. Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1882.)

(2) Sauf l'exception de Féré et Binet déjà citée, Progrès Médical, 1884. — N° 23. Sur le transfert incomplet de l'hémiléthargie et de l'hémicatalepsie.



Aussitôt qu'on soulève une paupière pour constater l'état des yeux, la léthargie disparaît pour faire place à la catalepsie ; il est pour la léthargie un autre symptôme important à cause de sa constance, c'est un frémissement continuel de la paupière supérieure abaissée, qui demande assez d'attention pour être constaté, mais qui ne fait jamais défaut (Charcot et Richer). — Dans les léthargies compliquées de phénomènes cataleptiformes, Richer cite des attaques avec sensation de mouvements très rapides des globes oculaires. — Nous traiterons plus spécialement de l'influence de l'hypnotisme et des attaques hystéro-épileptiques sur les muscles intrinsèques de l'œil, lorsque nous arriverons aux troubles qu'ils subissent chez les hystériques en général.

Les *attaques hystériques et hystéro-épileptiques* amènent une participation des muscles des yeux, mais celle-ci passe souvent inaperçue des observateurs, qui la mentionnent rarement dans leurs descriptions, parce que les grands mouvements attirent d'avantage l'attention. Cependant, Landouzy (1) décrit, en parlant des prodromes de l'attaque hystérique, des mouvements involontaires des globes oculaires ; il cite une observation de Mazade où l'accès était précédé de mouvements de l'œil et des paupières. Briquet (2), parlant des convulsions hystériques, affirme qu'elles peuvent intéresser tous les muscles ; « quelquefois, dit-il, c'est un clignement continuel des yeux » (p. 431). — M. Charcot (3) a vu deux hystériques de son service présenter ce clignement comme phénomène précurseur de l'attaque.

M. Robin (page 164), mentionne la diplopie qui se produit au moment des crises précédant les attaques ou qui, comme l'a vu M. Charcot, survient après l'attaque chez les hystéro-épileptiques, et dure un à deux jours ; cette diplopie, dit Robin, peut être mise sur le compte des *spasmes isolés ou combinés de l'œil*, d'autant plus qu'à ce moment, les malades éprouvent une sensation de tiraillement que l'on ne peut attri-

(1) Landouzy. Traité complet de l'hystérie, 1846.

(2) Briquet. Traité clinique de l'hystérie, 1859.

(3) Cité par M. A. Robin, page 115. Des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale. Paris 1880.

buer qu'à un *spasme tonique*. D'après une observation de M. Bourdon, le malade voyait alors les différentes parties de la personne qui était devant elle paraître ou disparaître alternativement, tandis qu'il lui semblait en même temps que son œil s'élançait hors de l'orbite.

Ce spasme, d'abord médiocre, s'accroît peu à peu, au fur et à mesure que l'attaque s'approche; il s'accompagne de troubles divers de l'accommodation, puis se termine par des battements palpébraux ou orbiculaires, qui précèdent immédiatement l'explosion des accidents convulsifs. C'est la *nictitatio* des anciens ophthalmologistes.

A la période des convulsions toniques ou cloniques de l'hystéro-épilepsie, apparaît la contracture des muscles oculaires; elle coïncide avec des contractures symétriques des muscles du cou, ce qui donne assez bien l'apparence des *mouvements conjugués de la tête et des yeux*; l'œil se porte dans toutes les directions par une secousse rapide de durée courte que remplace immédiatement une déviation dans le sens opposé, sans qu'aucune règle préside à l'irrégularité des mouvements; en même temps les pupilles sont agitées par des dilatations et des contractions spasmodiques.

Dans les hallucinations de l'hystéro-épilepsie, la mimique entraîne naturellement le concours des muscles oculaires; les yeux, d'abord éteints, prennent ainsi l'expression de la volupté et sont agités parfois d'un spasme cynique (Robin), après quoi ils expriment la terreur ou l'effroi dans ce qu'ils ont de plus terrible.

M. Landolt (1) a vu dans les cas d'hystéro-épilepsie, des symptômes assez variables. Dans l'un d'eux, pendant les attaques, les paupières étaient fermées, les yeux dirigés en haut et à gauche (avec une anesthésie sensorielle et sensible droite), les globes oculaires étaient animés de petits mouvements; dans un autre cas, les paupières restaient ouvertes, les yeux dirigés en haut et du côté gauche (avec une anesthésie complète du côté gauche et moindre du côté droit).

(1) Landolt. De l'amblyopie hystérique. — (Archives de physiologie de Brown-Séquard, Charcot et Vulpian, 1875.)

M. Baron (1) a aussi remarqué des spasmes des muscles de l'orbite lors des attaques ; lorsque celle-ci arrive, ou quelques jours après, on a une diplopie intermittente qui est due aux spasmes musculaires et qui est accompagnée de sensation de protusion oculaire. Les battements et contractures spasmodiques des paupières surtout précèdent l'explosion, tandis que la contracture clonique et tonique des muscles de l'orbite se rencontre lors de la période de convulsions, dans une attaque d'hystéro-épilepsie. Cette contracture des muscles des deux yeux avec mouvements conjugués des yeux et de la tête, prend la forme de la déviation conjuguée. Ainsi, M. Baron a vu dans un accès, les cornées se porter en haut puis en bas, à droite, puis à gauche et rester dans chacune de ces positions 10 secondes.

M. Richer (2) résume ainsi les phénomènes oculaires des attaques épileptoïdes : les paupières battent, les yeux sont à demi-fermés, les globes oculaires eux-mêmes sont animés de petites oscillations, les yeux sont convulsés en haut et à gauche ou à droite.

---

L'étude des symptômes des affections musculaires dans l'hystérie et leur explication mécanique nécessitent une exactitude d'examen que la plupart des auteurs ont négligée ; le diagnostic différentiel est difficile à faire après coup pour les cas que la littérature médicale a enregistrés dans le domaine qui nous occupe ; les descriptions que les auteurs ont publiées, oublient, d'une part, de mentionner les stigmates hystériques vraiment convaincants, et d'autre part, l'examen méthodique des mouvements des yeux est incomplet. Dans les diplopies, il faut toujours rechercher si la cause en est due à un spasme musculaire ou à une paralysie. L'examen de la diplopie par la méthode strabométrique du D<sup>r</sup> Landolt, donnera les rensei-

(1) Baron. Étude clinique des troubles de la vue chez les hystériques. Thèse de Paris, 1878.

(2) Paul Richer. Études sur l'hystéro-épilepsie, 1881, p. 299.

gnements les plus exacts (1) ; le champ de fixation (2) indiquera par son tracé graphique la figure de tous les mouvements possibles que les yeux peuvent exécuter.

Il ne faut pas oublier qu'il y a deux sortes de diplopie dans l'hystérie : la diplopie monoculaire, sur laquelle nous reviendrons en parlant des troubles de l'accommodation, et la diplopie en suite de strabisme spastique ou paralytique qui nous occupe en premier lieu ; le diagnostic différentiel de ces deux diplopies ne réclame évidemment qu'un examen tout à fait élémentaire, et cependant il a été souvent négligé ; on rencontre maintes fois des observations où la mention de diplopie hystérique n'explique absolument pas de quoi il s'agit.

#### SPASMES DES MUSCLES EXTRINSÈQUES DE L'ŒIL DANS L'HYSTÉRIE.

Les spasmes et paralysies oculaires de nature hystérique peuvent se rencontrer dans les formes les plus diverses, et ont été signalées en passant par un certain nombre d'obser-

(1) La mesure de l'angle du strabisme déterminé subjectivement par le moyen de la diplopie, est calculé d'après la distance des doubles images projetée sur la paroi en face de laquelle on place son malade ; un ruban appliqué sur la paroi, indique en degrés les tangentes des angles vus de la place où se trouve l'œil malade. Le strabique se trouve ainsi dans une sphère divisée, dont le centre correspond à l'œil dévié. En promenant une bougie le long du ruban, nous pouvons toujours indiquer en degrés, la direction sur laquelle elle apparaîtrait à l'œil. (Landolt. Sur la strabométrie. *Annales d'oculistique*, juillet-août, 1875), et (de Wecker et Landolt. *Traité complet d'ophtalmologie*.) Tome 1<sup>er</sup>, p. 914.

(2) Le champ de fixation est obtenu en plaçant l'œil au centre du périmètre, la tête étant immobilisée par la plaque à dents. L'autre œil est couvert pendant qu'on fait suivre à l'œil examiné un objet à fixer qu'on promène du sommet vers les extrémités de l'arc périmétrique. M. Landolt a choisi pour objet à fixer, la plus petite lettre que l'œil puisse distinguer à la distance du rayon périmétrique. On est alors certain que tant que l'objet est reconnu, c'est la fosse centrale qui reçoit son image et non une partie avoisinante de la rétine, c'est-à-dire qu'on détermine bien les excursions de la ligne de regard. Si l'acuité visuelle est très mauvaise, on choisira la mensuration objective : on promènera alors une bougie le long de la surface interne de l'arc périmétrique en la faisant suivre par l'œil examiné. Le point extrême où le reflet ne peut plus atteindre le centre de la cornée donne la limite de l'excursion de l'œil dans ce sens. — (De Wecker et Landolt. *Traité complet d'Ophth.* Tome 1<sup>er</sup>, page 921, et Landolt. — *Etude sur les mouvements des yeux, à l'état normal et à l'état pathologique.* *Archives d'ophtalmologie*, novembre-décembre 1881.)





vateurs ; il semble qu'elles existent de préférence chez les individus où la névrose est bénigne ; tandis que les spasmes provoqués dans l'hypnotisme et ceux que nous avons mentionnés dans les attaques hystéro-épileptiques sont le plus souvent passagers, les troubles permanents des muscles oculaires se rencontrent souvent isolés ou accompagnés de phénomènes nerveux peu accentués ; il y aurait souvent dans ces symptômes une sorte d'affection prémonitoire de l'hystérie ; le cas de Lasègue que nous avons cité le prouve, ainsi que tant d'autres dont l'étiologie a été méconnue et attribuée tantôt à la carie dentaire, tantôt à la masturbation, etc.

Parmi les spasmes, ceux des paupières sont de beaucoup les plus fréquents, tandis que le nombre des observations où les muscles droits et obliques ont pris part à l'affection est assez restreint ; la contracture de ces derniers est généralement monoculaire, change quelquefois de côté, c'est-à-dire que l'œil droit guérit pendant que l'œil gauche devient strabique ; les spasmes des muscles droits internes sont plus fréquents que ceux des droits externes. La forme tonique ou tétanique du spasme permanent est la plus commune, tandis que la forme clonique est passagère ; c'est presque seulement dans les attaques qu'on voit des mouvements cloniques des globes oculaires et des paupières. Le spasme des paupières coïncide quelquefois, soit constamment, soit par intermittences, avec la contracture des muscles orbitaires ; on le rencontre fréquemment avec le spasme d'accommodation et avec l'amblyopie hystérique.

Le nystagmus est problématique dans les névroses d'après G. Sée, Bouchut et Lasègue (1) ; il n'est cependant pas impossible qu'on ne vienne à découvrir chez ces malades des mouvements involontaires des yeux, puisqu'on connaît le *tremblement général hystérique* étudié tout récemment par M. Charcot (2) ; c'est un tremblement menu de tout le corps, comptant cinq à sept oscillations par seconde ; il ressemble à celui de la sclérose en plaques, puisqu'il s'exagère avec les mouvements volontaires.

(1) D'après Robin, p. 111, *opus citat.*

(2) Leçons orales de M. Charcot à la Salpêtrière, décembre 1886.

La contracture permanente affecte dans des cas rares la forme de la déviation conjuguée que nous avons déjà rencontrée dans l'hypnotisme provoqué, et dans les attaques hystéro-épileptiques.

#### 1° *Blépharospasmes.*

Ce que nous avons dit au sujet de la difficulté de distinguer chez les auteurs les cas qui appartiennent aux spasmes et ceux qui reviennent aux paralysies, se rapporte surtout aux troubles des mouvements des paupières ; le ptosis paralytique et le ptosis spastique n'ont pas été séparés dans leurs descriptions, et il semble même qu'il peut y avoir des formes mixtes et des cas où la paralysie succède à la contracture ; M. A. Robin (1) fait remarquer que, dans l'hystérie, les paralysies ont été signalées comme pouvant succéder aux spasmes et aux contractures. M. Parinaud (2) a observé un *ptosis pseudo-paralytique* qui simulait une paralysie du releveur de la paupière, et pouvait donner lieu à des erreurs d'interprétation. Ce ptosis, dit cet auteur, peut se transformer en blépharospasme et inversement.

On observe beaucoup plus rarement la contracture ou la paralysie des muscles de l'œil que celle de l'accommodation ; le blépharospasme est assez souvent lié à l'amblyopie hystérique (3) ; il la précède quelquefois chez les enfants (Parinaud).

Hocken (4), qui le premier a signalé l'amaurose hystérique, la croyait liée à un spasme des paupières, erreur réfutée par Landouzy (5) ; d'après Hocken, l'amaurose hystérique présenterait les symptômes suivants : abolition simultanée de la vue

(1) Des troubles oculaires des maladies de l'encéphale, p. 90, 1880.

(2) Parinaud. Anesthésie de la rétine. Contribution à l'étude de la sensibilité visuelle. Annales d'oculistique, août 1886.

(3) L'amaurose, après le blépharospasme des conjonctivites phlycténulaires, ne présente guère de symptômes nerveux cependant. Voir Amaurosis nach Blépharospasmus, par Schirmer. (Zehender's Klin. Monatsblätter f. Augenh., 1879, p. 150.)

(4) Hocken. Diagnosis of hysterical Amaurosis. London, 1842., et Schmidt's Jahrbücher, août 1844.

(5) Landouzy. Traité complet de l'hystérie, 1846.



des deux côtés, *contracture spasmodique des muscles orbiculaires*, surtout sous l'influence d'une lumière vive, et lorsqu'on veut écarter les paupières.

M. A. Robin (1) est d'avis qu'on peut rencontrer dans l'hystérie le blépharospasme sous la forme de convulsions *toniques* ou *cloniques* du muscle orbiculaire ; dans la première espèce, nous avons des accès intermittents durant de quelques minutes à quelques heures et quelquefois davantage ; M. Vulpian (2) l'a notée dans un cas d'hystérie avec photophobie intense. Dans la seconde variété, on a des spasmes cloniques de l'orbiculaire ; elle est caractérisée par une série de contractions brusques et répétées suivies du relâchement du muscle. M. Bernutz (3) dit que, dans l'hystérie, les convulsions peuvent intéresser les muscles des yeux et donner lieu à un *clignotement continu* des paupières, qui ne s'interrompt que pendant le sommeil.

M. Da Fonseca (4) a publié, sous le titre de « Blépharospasme convulsif et forte amblyopie hystérique des deux yeux », un exemple concluant de la localisation que la névrose peut affecter ; il a constaté chez son malade une hémiplegie avec anesthésie, un tic douloureux du facial ; des crises nerveuses suivies de perte de connaissance semblaient sous la dépendance de troubles menstruels ; une amblyopie avec des scotomes et un blépharospasme intense formaient l'ensemble des symptômes oculaires ; ceux-ci ne purent être influencés par la métallothérapie (cuivre, zinc, étain), tandis que la compression et le tiraillement des nerfs sus-orbitaires amenèrent une rapide guérison. Le même auteur (5), s'occupant plus spécialement de ces questions, affirma l'existence des spasmes cloniques et toniques de l'orbiculaire et des muscles moteurs de l'œil, surtout du droit supérieur (?), pouvant

(1) *Loc. cit.* p. 472 et suiv.

(2) Voy. Thèse de Baron, 1878. Observ. I, p. 15.

(3) Bernutz. Article Hystérie. Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques. Paris, 1874. T. XVIII.

(4) Da Fonseca. Archiv. ophth. da Lisboa, mai-juin 1882

(5) Da Fonseca. Nevropathia ocular hysterica. Archiv. ophth. da Lisboa, 1.<sup>o</sup> 4, 1884.

causer le strabisme et la diplopie hystériques; il cite à ce propos deux cas de sa clinique; le premier concerne une femme de 30 ans, atteinte d'amaurose, de mutisme et d'hémiplégie avec hémianesthésie hystériques, et chez laquelle un blépharospasme durant des heures entières était accompagné de spasme de l'accommodation; sa seconde malade était une femme de 38 ans, souffrant d'attaques hystériques; un blépharospasme tonique des deux yeux, dont le droit était amaurotique, coïncidait quelquefois avec un renversement des globes oculaires. Le traitement par la métallothérapie fit disparaître tous ces phénomènes.

Il existe un certain nombre d'exemples où la guérison de la contracture locale qui nous occupe est attribuée tantôt à un traitement chirurgical, tantôt à l'influence de l'électricité, et tantôt à des manœuvres diverses; parmi les premiers, citons celui de M. Panas (1) qui, par l'extension du nerf sus-orbitaire, a guéri un blépharospasme hystérique; nous ne pouvons ne pas rapprocher de ces cas les nombreux faits où la contracture des paupières, de nature indéterminée, a été si souvent, contre toute attente, éloignée par le même procédé opératoire; M. le professeur Pflüger (2), de Berne, a guéri un cas de blépharospasme monolatéral par l'excision d'une cicatrice et, dans deux cas des plus rebelles de la même affection, il a obtenu le même résultat par l'extension du nerf sus-orbitaire.

Le même auteur a vu céder, en peu de temps, un cas de blépharospasme monolatéral gauche, de nature hystérique, par le courant constant.

M. A. Graefe (3) a vu un blépharospasme unilatéral guéri par la neurotomie des nerfs sus et sous-orbitaires; une contracture du muscle droit interne, un spasme d'accommodation joints à une névralgie ciliaire avec exacerbations péri-

(1) Panas. Blépharospasme hystérique traité par élongation du nerf sus-orbitaire. — *Semaine médicale*, II, p. 33, 1882.

(2) Pflüger. *Blepharospasmus*. Bericht über die Universitäts Klinik in Bern. für 1881.

(3) A. Graefe. Klin. Mittheilungen über *Blepharospasmus*. *Arch. f. Ophth.* XVI, 1, p. 90, 1871.

diques et larmoiement accompagnaient le spasme palpébral qui, par contre, était arrêté par la pression du point d'entrée des nerfs sus et sous-orbitaires dans l'arcade; le même résultat était obtenu *par la pression* exercée à certaines places *du visage, de la tête, du cou et des épaules*! M. A. Graefe croyait pouvoir expliquer ces phénomènes par une hyperesthésie musculaire due à une irritation réflexe du trijumeau et du muscle ciliaire; cependant, il ne sait à quoi attribuer des récides fréquentes dont la cause échappe absolument.

Nous nous demandons si on peut expliquer un tel ensemble de symptômes autrement que par une diathèse hystérique qu'il restait à mettre en lumière. Le malade de Zehender rentre probablement dans la même catégorie.

Il s'agit (1) d'une jeune fille qui fut atteinte, tout à coup, d'un blépharospasme intense qu'on pouvait augmenter par la pression de certains points tels que la vertèbre cervicale supérieure, l'occiput et les apophyses épineuses des vertèbres dorsales supérieures, et surtout par la pression sur la région parasternale gauche; on ne pouvait, par contre, faire cesser la contracture par la pression sur aucun endroit. La pression, sur le point de réunion des sutures coronaire et occipitale, déterminait des contractures réflexes très vives. Le badigeonnage de la région des vertèbres cervicales supérieures à la teinture d'iode amena, au bout de six mois de maladie, un arrêt dans le cours de l'affection; puis subitement, les troubles changèrent complètement. Les contractures spasmodiques cessèrent, et on put alors constater un état tout à fait semblable au ptosis paralytique, en ce sens que les paupières supérieures tombaient des deux côtés. Ce n'était cependant pas, d'après l'auteur, une paralysie, mais un spasme tonique de l'orbiculaire. Par le badigeonnage journalier sur le nez et le front, on obtint une petite amélioration, accentuée surtout par une cure de bains froids.

M. Seeligmüller (2) cite l'histoire assez semblable d'une

(1) Zehender W. — Blepharospasmus von ein jähriger Dauer, temporär geheilt durch äusserer Anwendung von Jodtinctur. — Klin. Monatsblatt f. Augenheilkunde, XII, 293, 1875.

(2) Seeligmüller A. — Über intermittirenden Blepharospasmus. Klin. Monatsblätter f. Augenheilk, p. 203-215, 1871.

paysanne de 50 ans qui avait, chaque heure, deux à dix attaques d'un spasme de l'orbiculaire qu'on pouvait produire à volonté par la pression sur les molaires postérieures du maxillaire inférieur, sur la région sus-orbitaire, et même sur les apophyses transverses de la vertèbre cervicale supérieure, le ganglion supérieur du grand sympathique, le plexus brachial près de la clavicule, l'apophyse épineuse de la huitième vertèbre dorsale. Le courant continu amena une amélioration.

On ne contestera point qu'il s'agit ici de phénomènes nerveux dynamiques bien plutôt qu'organiques et que si aucun stigmate de la grande névrose n'a été mentionné — et peut-être recherché, — notre hypothèse, en revendiquant ces cas comme hystériques, ne trouve aucune réfutation dans l'histoire des malades de Zehender et de Seeligmüller.

Les points sensibles présidant à l'éclosion de spasmes, ce sont les points hystérogènes, comme le montre bien le parallélisme que nous offrent les symptômes des cas où l'hystérie a été affirmée par les auteurs des observations; et n'aurions-nous que les exemples de blépharospasmes hystériques les plus légitimes dont la guérison a été obtenue par une action mécanique ou opératoire sur les points hystérogènes du trijumeau, que cela suffirait pour mettre en évidence la parenté de ces affections avec celles où une action réflexe du trijumeau (entre autres nerfs) a une influence déterminante; nous avons déjà, dans notre introduction, cité des faits (cas de Leber) où l'explication des actions réflexes de la cinquième paire sur l'anesthésie de la rétine ne peut être admise qu'en la soumettant à l'action fondamentale d'une névrose méconnue; l'influence favorable du traitement opératoire sur les blépharospasmes hystériques nous semble une preuve que le blépharospasme par névralgie du trijumeau est probablement dû à l'hystérie; celle-ci doit donc toujours être recherchée.

Y a-t-il autre chose que cette névrose pour expliquer l'apparition d'un spasme oculaire par une pression sur le cou, les vertèbres, l'occiput, le sternum? L'influence, variable il est vrai, dans leurs manifestations, mais évidente des actions mécaniques pour réveiller ou faire disparaître les symptômes hys-

tériques, est connue de tous; c'est à ce sujet que je mentionnerai l'observation de M. Strawbridge (1), qui obtint la guérison d'un bléphasmasme hystérique par l'élévation forcée des paupières au moyen de bandes de sparadrap. L'effet moral fut aussi grand que l'effet physique; plusieurs fois, quand le pansement s'était détaché, à l'insu du malade, l'œil restait ouvert, tandis qu'après l'enlèvement voulu du sparadrap, le spasme se rétablissait immédiatement; après avoir renouvelé chaque jour le pansement, le spasme disparut au bout de quelques semaines.

Les moyens psychiques les plus simples ont réussi quelquefois. M. Silver (2) a observé, au Charing Cross Hospital de Londres, un cas de ptosis hystérique de la paupière supérieure de l'œil *gauche* qu'il a guéri par un moyen aussi curieux qu'ingénieux. Il dit à la malade que si l'œil *droit* se fermait, l'œil gauche pourrait s'ouvrir; elle abaissa la paupière droite et, immédiatement, la paupière gauche s'ouvrit. L'œil droit fut immédiatement tenu fermé au moyen d'un pansement; la guérison fut obtenue en peu de jours, et on n'eut pas de rechutes à observer.

L'électricité, suivant plusieurs auteurs, aurait eu une influence déterminante sur la guérison; outre le cas de M. Pflüger déjà cité, nous rapporterons celui de M. Hodges (3) qui, dans l'occlusion hystérique d'un œil, amena la guérison, en une seule séance, à l'aide du courant galvanique, bien que, depuis six semaines déjà, sa malade, une jeune fille de 16 ans, ne pût ouvrir l'œil droit. L'auteur n'indique pas s'il s'agit d'une paralysie du releveur de la paupière ou d'un spasme de l'orbiculaire. Les électrodes furent placés aux deux angles des yeux, et la guérison arriva dès qu'on eut fait passer un fort courant.

L'aimant de Charcot a été aussi mis en usage dans cette

(1) Strawbridge G. Hysterical blepharospasm, treated and relieved by forcible elevation of the Eyelid. Transac. Amer. Ophth. Soc p. 30, 1875.

(2) Silver. Hysterical Ptosis. — Lancet II, p. 117, 1872.

(3) Hodges Frank. Hysterical Closure of right Eyelids cured by galvanism. — Lancet I, p. 378, 1871.

variété de spasmes. M. Harlan (1) s'en est servi pour une jeune hystérique de seize ans, chez laquelle il avait constaté une mydriase assez forte, de la parésie de l'accommodation, accompagnée d'un blépharospasme intermittent et violent ; il y avait, outre l'amblyopie monoculaire, un scotome central et un rétrécissement du champ visuel. Tous ces symptômes disparurent sous l'influence de l'aimant de Charcot, puis à une nouvelle récurrence, un pseudo-aimant en bois eut le même effet.

Le blépharospasme s'ajoute souvent, comme nous l'avons vu, à l'amaurose hystérique ; il peut y avoir coïncidence de myosis ou de mydriase. M. Saint-Ange (2) a vu le blépharospasme s'allier avec la cécité absolue et du myosis ; ce symptôme étant peut-être le plus commun parmi les phénomènes musculaires de l'hystérie peut se rencontrer, par conséquent, avec tous les autres ; ainsi M. Cuignet (3) a vu, chez une jeune fille de 19 ans, une amblyopie changeante alterner avec un strabisme convergent occasionnant de la diplopie ou un blépharospasme. Il y avait du larmolement et des douleurs vives qu'il attribuait à une névralgie ciliaire. Le spasme d'accommodation occupe, par les troubles désagréables qu'il occasionne, le premier rang parmi les complications ; nous en parlerons du reste spécialement, parce qu'il existe fréquemment seul, comme le blépharospasme qui peut être, comme dans le cas de Lasègue, absolument isolé. Landesberg (4) a observé, chez un jeune garçon de 13 ans, un blépharospasme accompagné d'un spasme de l'accommodation occasionnant une forte myopie apparente ; il y avait une contracture spasmodique du droit interne et une motilité en dehors très restreinte ; la vision était diminuée ; le malade était, en outre,

(1) Harlan. G. C. Case of hysterical blindness with violent blepharospasm and mydriasis and relieved by mental impression. Transact. of the American. ophth. Soc., 1884 et New-York med. J. 26 juillet 1884.

(2) Saint-Ange. Contribution à l'étude de la cécité hystérique. Revue médicale de Toulouse, n° 6, 1884.

(3) Cuignet. Névralgie ciliaire et perversions visuelles hystériques. Recueil d'ophtalmologie, p. 34, 1873.

(4) Landesberg. Affections de l'œil dépendant de l'hystérie. (Journal of nervous and mental diseases, vol. XIII, n° 2, février 1886.)

hémianesthésique; l'acuité visuelle se rétablit absolument en même temps que les contractures disparaissaient.

La fatigue oculaire est une cause prédisposante à l'établissement de cette contracture des paupières. M. Nüel (1) dit, en effet, qu'assez souvent la moindre application de l'œil suffit pour provoquer un spasme du muscle orbiculaire.

M. Bourneville (2) avait remarqué la coïncidence de la contracture des muscles des yeux et de ceux de la face; la contraction permanente, partielle, hystérique, atteint quelquefois une moitié de la face, et alors les muscles des yeux ne sont pas épargnés, d'où résultent des troubles de l'accommodation. D'autre part, dans l'hémispasme facial glosso-labié, récemment étudié par M. Charcot (3), je n'ai pas vu de blépharospasme appréciable.

Parmi les affections qui peuvent prédisposer aux spasmes de l'orbiculaire, et dont la cause fondamentale est hystérique, nous devons mentionner les caries des dents; à ce sujet, nous renvoyons à la description si remarquable de M. Terrier sur les contractures des muscles de l'œil et de l'orbiculaire, guéris par l'ablation de dents cariées (4); nous la reproduirons à propos du strabisme hystérique.

M. Meyer (5) dit qu'une goutte de solution ordinaire de cocaïne suffit pour vaincre un blépharospasme idiopathique (nerveux ou hystérique). Chez une jeune fille, atteinte de blépharospasme tenace d'un œil avec contracture des muscles de la face, du cou et du bras du même côté, l'application d'une goutte de cocaïne fit cesser chaque fois le spasme palpébral pendant quatre jours. Cette observation nous a particulièrement frappé, parce que nous avons été fortement étonné de constater la cessation immédiate de phénomènes excessivement douloureux qu'accusait une jeune hystérique où la diathèse s'était manifestée sous la forme d'une insuffi-

(1) Nüel. Amblyopies et Amauroses, p. 719, in de Wecker et Landolt. Traité complet d'ophtalmologie 1887.

(2) Bourneville et Vourlet. De la contracture hystérique permanente, 1882.

(3) Leçon orale du professeur Charcot du 20 décembre 1886.

(4) Recueil d'ophtalmologie, 1876, p. 88-89.

(5) E. Meyer. Revue générale d'ophtalmologie, p. 97, 1885.

sance de convergence. Nous renvoyons l'étude de cette observation au moment où nous traiterons de l'influence que l'hystérie peut avoir sur le mouvement de la convergence.

*2° Spasmes hystériques des muscles moteurs du globe oculaire; strabisme hystérique spastique.*

Les spasmes proprement dits des muscles oculaires sont considérés par tous les auteurs comme rares et mal étudiés (1). Le raccourcissement que subit un muscle, à la suite de la paralysie de son antagoniste, a été placé dans le groupe des contractures oculaires, le strabisme convergent des hypermétropes semble dû à la même cause; Rüete et d'autres auteurs ont cru à un spasme du muscle de l'œil par des irritations produites par propagation des inflammations voisines; le strabisme spasmodique de la méningite, des encéphalites et des traumatismes, la déviation conjuguée des lésions du système nerveux central sont les faits les mieux connus jusqu'ici; M. Gowers (2) a observé des spasmes des muscles oculaires dans la chorée de Sydenham. L'hystérie, enfin, a, parmi les affections de ce genre, plusieurs faits à son actif, et nous les passerons en revue en y joignant les spasmes par troubles soi-disant réflexes, et dont la nature ne nous semble pas douteuse.

Ce qui a particulièrement troublé l'étude de ces symptômes oculaires, c'est le mode défectueux de l'examen; le diagnostic différentiel des contractures et des paralysies oculaires n'est, en effet, pas toujours facile, car, au premier aspect, le strabisme ne peut indiquer s'il s'agit du spasme d'un muscle ou de la paralysie de son antagoniste.

Le champ de fixation, dont nous avons rappelé le procédé d'examen, sera extrêmement utile pour établir le genre de lésion musculaire; il sera normal dans le cas de strabisme spastique, et limité dans le cas de strabisme paralytique.

(1) Mouvements des yeux, p. 931, par Landolt et Eperon, III<sup>e</sup> vol. du traité complet d'ophtalmologie de Wecker et Landolt.

(2) Gowers H. A. Spasm of the ocular muscles (Ophth. Soc. of the united Kingdom). — Brit. med. Journ., I, p. 564, 1886.



Cependant M. Landolt a trouvé à cette règle de M. Alf. Græfe certaines exceptions; le strabisme concomitant, convergent ou divergent, surtout de date ancienne, s'accompagne d'un rétrécissement du champ de fixation du côté où le strabisme siège le plus fréquemment et souvent des deux côtés; il suffira de considérer les figures données dans le travail (1) de M. Landolt sur les mouvements des yeux pour s'en convaincre.

Il y a cependant une différence entre le rétrécissement du champ de fixation dans le strabisme invétéré et celui du strabisme paralytique; dans le premier cas, la courbe graphique donnant l'excursion des mouvements oculaires extrêmes est généralement rétrécie, tandis qu'elle dessine une sorte de cuvette lorsque le droit interne, le droit supérieur ou le droit externe sont paralysés; la ligne est rentrante au lieu d'être simplement aplatie. Cette considération nous sera du plus grand poids pour affirmer l'existence d'une paralysie hystérique de l'oculo-moteur externe par opposition au spasme du droit interne, dans un cas qui nous est personnel.

La méthode de Donders, à l'aide de l'inclinaison des images accidentelles, comme moyen de diagnostic entre le strabisme paralytique et le strabisme par contracture, aura aussi son utilité (2); elle consiste à constater la déviation des images qui peuvent se produire dans les différentes positions des yeux.

La chloroformisation renseignerait, d'une manière certaine, en supprimant, plus ou moins complètement, les déviations spastiques, ainsi que nous avons eu souvent l'occasion de le voir, pendant la narcose, dans les opérations des strabismes hypermétropiques; si, cependant, l'œil semble encore loucher, ce n'est que dans les cas invétérés, et le rétrécissement du champ de fixation dans les insuffisances musculaires et dans le strabisme concomitant ancien l'explique suffisam-

(1) Landolt. Etude sur les mouvements des yeux à l'état normal et à l'état pathologique. — Archives d'ophtalmologie nov.-déc., 1881. — Kohn. Etude clinique sur le champ de fixation monoculaire. — Arch. d'ophth., oct. 1886.

(2) Voir Landolt. — Article Strabisme du Dict. encyclop. des sciences médicales de Dechambre, p. 269.

ment. Le chloroforme restera, par contre, sans influence sur la position anormale des yeux dont la cause est due à une paralysie. La convergence spastique est un fait que nous observons journellement sous l'influence de la fatigue de l'accommodation chez les hypermétropes, et spécialement quand il y a un spasme d'accommodation concomitant; la même coïncidence se fait remarquer, du reste, quand la contracture des muscles moteurs du globe et du muscle ciliaire est de nature hystérique. Le spasme constant ou intermittent des muscles adducteurs n'a plus rien qui nous étonne, et les observations comme celle de Fano sont devenues communes pour ceux qui se sont particulièrement occupés de l'observation des troubles musculaires des yeux. M. Fano (1) a publié le cas d'un homme de 27 ans, qui lisait d'abord sans difficulté, puis dont la vue se troublait en même temps que l'œil droit se plaçait subitement dans la position du strabisme convergent extrême; il était hypermétrope; après une ténotomie du droit interne, ces désordres disparurent.

Comme on peut s'y attendre, la contracture des droits internes peut s'accompagner de blépharospasmes; la marche de l'affection peut offrir des exacerbations subites, des variations considérables; l'examen de la diplopie révèle déjà combien ces caractères sont changeants. Suivant M. Galezowski (2), dans la contracture des droits internes, la diplopie aurait des oscillations continuelles, les images se rapprochant et s'écartant pendant l'examen; le strabisme spastique serait quelquefois accompagné de douleurs arrivant sous la forme de crises.

M. Parinaud (3) a étudié les différences des symptômes des spasmes et des paralysies des muscles de l'œil; dans le premier cas, on observe des clignements involontaires des yeux, des contractures fibrillaires dans le muscle orbiculaire, une incoordination et une brusquerie inaccoutumée des mouve-

(1) Fano. Asthénopie par spasme des muscles adducteurs. — Ann. d'ocul., 1870. LXIV, p. 172, et Gaz des Hôp., n° 54, p. 222.

(2) Galezowski. Traité des maladies des yeux.

(3) Parinaud. Spasmes et paralysies des muscles de l'œil. Gaz. heb. de mèl., 1877, n° 46 et 47.

ments et même du nystagmus. Tandis que dans la *paralysie* du droit externe, on a une intégrité des mouvements de l'adduction et une absence de ceux qui servent à l'abduction, dans le *spasme* on a, comme dans le strabisme convergent, des mouvements d'étendue normale qui se font facilement. Le globe de l'œil a toutefois quelques oscillations quand on le maintient quelque temps dans l'abduction forcée, sans que ce mouvement paraisse limité (si l'autre œil est couvert), comme il l'est dans les cas de paralysie ; M. Parinaud cite à ce propos une observation de spasme de la troisième paire et de l'accommodation à *droite* compliquée d'une paralysie de la sixième paire à *gauche* ; chez ce malade on remarquait, dans la vision binoculaire, que l'abduction était, par contre, aussi limitée à droite ; la fixation se faisait sans difficulté si on portait l'objet à droite, c'est-à-dire du côté opposé au spasme ; si on le portait à gauche, c'est l'œil paralysé qui fixait autant que possible pendant que l'œil sain se plaçait en convergence extrême. La contraction du muscle droit externe gauche parésié développe un spasme tonique de son muscle associé, car le spasme d'un muscle se développe surtout quand on provoque sa contraction ou celle de son antagoniste de l'autre œil. Les mouvements de chaque œil examiné séparément dans la verticale donnant des excursions normales ; cependant, dans la vision binoculaire, les mouvements en haut sont d'étendue différente. On a une diplopie homonyme, tantôt faible et tantôt plus considérable, variable suivant les moments ; elle augmente à gauche et en bas.

Le spasme des muscles oculaires augmente sous l'influence de la fatigue ; il a pour résultat d'augmenter la diplopie des paralysies, et lorsqu'il se combine avec celles-ci, lorsqu'elles siègent sur le côté opposé, il peut faire croire à des paralysies doubles.

M. Parinaud a aussi observé, dans ces spasmes, des douleurs périorbitaires violentes, de la macropsie et une fatigue très grande dans la fixation.

Il y a spasme si, dans la diplopie latérale due à la paralysie d'un muscle adducteur ou abducteur, on découvre, vers la périphérie de la moitié saine du champ visuel, un écartement

des images de même nature que celui qui relève de la paralysie; on arrive à la même conclusion si dans la paralysie unique de la sixième paire on observe des différences de hauteur des deux images. Dans les mouvements qui forcent la contracture du muscle parésié, on a des mouvements spasmodiques de la paupière et du sourcil quand il y a spasme.

Le symptôme le plus important sera toujours la diplopie qu'il ne faudra pas confondre avec la diplopie monoculaire de l'hystérie (1).

Si nous avons tenu à analyser la symptomatologie de la contracture des muscles oculaires, en général, c'est pour faire ressortir l'identité des phénomènes qu'on observe dans ces cas et dans ceux où l'hystérie les a amenés.

M. Galezowski (2), sans observations à l'appui cependant, cite la diplopie hystérique produite par la contracture ou les spasmes des muscles de l'œil, comme formant une catégorie à part des troubles visuels produits par la névrose; la cause de la contracture est tout à fait centrale et peut être très violente; si on entr'ouvre une paupière atteinte de blépharospasme, on voit quelquefois l'œil complètement dévié, ce qu'on n'observe pas dans les contractures produites par la périnévrile du trijumeau. Cette déviation est produite par la contracture simultanée des muscles de l'œil, qui amène en même temps la diplopie.

Seulement cette contracture n'est pas permanente, et la diplopie est intermittente, ce qui permet de la distinguer de la diplopie produite par la paralysie des nerfs oculomoteurs. De plus, dans la diplopie hystérique, le malade ne pourra préciser l'étendue de l'écartement entre les deux images, à cause de leur mobilité constante; tantôt elles se rapprochent et tantôt elles s'éloignent, et ce phénomène s'explique précisément par les contractions spasmodiques qui varient d'intensité. M. Galezowski ne mentionne aucune observation per-

(1) Parinaud. De la diplopie monoculaire dans l'hystérie et dans les affections du système nerveux. — *Annal. d'ocul.*, mai-juin, 1878.

(2) Galezowski. De l'amblyopie hystérique. *Gaz. des Hôpitaux*, p. 77 et 116, n° 10 et n° 15, 1877.

sonnelle de strabisme spastique ; il conseille de prescrire des lunettes avec un verre dépoli sur l'œil malade (?) parce que, selon lui, l'indication la plus pressante est de faire disparaître l'une des deux images.

M. A. Robin (1) mentionne aussi, dans le diagnostic différentiel des spasmes et des paralysies des muscles oculaires, l'importance de l'examen de la diplopie. Dans le spasme, la déviation de l'œil et l'écartement des images, dit-il, augmentent quand l'œil se dirige du côté où le muscle contracturé a le plus d'action ; s'il s'agit, par contre, d'une simple rétraction musculaire où le raccourcissement du muscle atteint est permanent, la déviation et l'écartement des images restent les mêmes, quelle que soit la direction du regard. Cependant, l'élément le plus important pour distinguer la cause du strabisme semble, dit cet auteur, consister dans les douleurs périorbitaires et la contracture secondaire de l'orbiculaire, phénomènes que les spasmes véritables amènent presque toujours.

M. Parinaud (2) dit que le blépharospasme tonique des hystériques s'accompagne presque toujours de contraction des muscles du globe, mais que la contracture isolée de ceux-ci est rare, du moins à l'état de contracture fixe, car les malades accusent assez souvent de la diplopie transitoire imputable à des spasmes passagers des muscles.

En dehors des généralités qu'on trouve chez les auteurs, presque toujours sans observations à l'appui, il semble que la notion d'un strabisme hystérique spastique soit comme une tradition, depuis Landouzy (3), qui mentionnait déjà qu'« à la suite des accès on peut avoir une déviation des yeux, que quelques pathologistes ont appelée *strabisme hystérique* ».

En 1870, M. Hélot (4) publia une observation très remarquable d'hémiplégie hystérique gauche, avec déviation de la

(1) *Loc. cit.*, p. 165.

(2) Parinaud. Anesthésie de la rétine. *Annales d'oculistique*, août 1886.

(3) Landouzy. *Traité complet de l'hystérie*, 1846. Briquet, en 1859, dit qu'on a vu la contracture affecter presque toutes les parties des nerfs, la langue, les muscles des yeux.

(4) Hélot. *Hémiplégie hystérique*. Thèse de Paris, 1870.

langue à droite ; parésie du facial gauche ; on remarquait en même temps l'apparition d'un *strabisme convergent*. Cette déviation oculaire, arrivée au milieu du développement de l'hémiplégie hystérique, semblait avoir la même origine. « L'œil gauche étant immobile, la pupille au milieu de la fente palpébrale, la prunelle droite paraissait se cacher sous la racine du nez. » Cette convergence disparut soudainement.

M. Cuignet (1), dans un cas déjà cité au sujet du blépharospasme, mentionne l'apparition d'un *strabisme convergent* et de diplopie ayant coïncidé avec une amblyopie hystérique à changements brusques.

Nous avons déjà fait allusion à l'observation de M. Terrier (2) lorsque nous nous sommes occupés des affections hystériques méconnues. L'examen, ayant été fait d'une manière assez complète, donne une importance spéciale à ce cas que nous rapporterons en détail.

Une femme hystérique de 21 ans, ayant des attaques fréquentes dont l'origine remonte aux premières règles, c'est-à-dire à l'âge de treize ans, présentait les symptômes graves de l'hystéro-épilepsie ; elle était en outre atteinte d'*hémianesthésie gauche* avec une prédisposition spéciale aux phénomènes d'origine réflexe, sans présenter de contractures hystériques cependant. Deux ou trois heures après une crise violente, elle fut prise de douleurs vives siégeant dans tout le *côté gauche de la face*, et au bout de quelques heures *l'œil gauche commença à se dévier en haut et en dehors*. (L'œil droit avait été énucléé) Le lendemain, la cornée n'était plus visible que dans son quart inférieur, tandis que tout le reste de cette membrane était caché derrière la paupière supérieure. De plus un blépharospasme très intense et limité au côté gauche vint compléter l'ensemble des phénomènes spastiques. M. le Dr Luys ordonna du bromure de potassium à hautes doses et cependant les douleurs revinrent par accès surtout pendant la nuit, en même temps que les contractures restaient stationnaires. La jeune malade resta trois mois dans cet état ; les douleurs diminuèrent ensuite peu à peu et devinrent plus supportables. M. Perrier

(1) Cuignet. Névralgie ciliaire et perversions visuelles hystériques. Rec. d'ophth., p. 34, 1873.

(2) Terrier. Contractures des muscles de l'œil et de l'orbiculaire gauches, guéris par ablation de dents cariées. Recueil d'ophth., 1876, p. 88-89.

ait  
nt.  
op-  
me  
ieu  
her  
ai-

ro-  
t et  
e à

er-  
ons  
na-  
cas

ates  
de  
sie;  
lis-  
ter  
rès  
out  
om-  
(éé)  
fô-  
ère  
e et  
nes  
tes  
ant  
res.  
mi-  
rier

tec.  
nes,

fit  
l'é  
et  
ga  
co  
ph  
co  
(l'a  
va  
dé  
inf  
ma  
ter  
d'u  
ab  
tio  
de  
dis  
éta  
arr  
con  
Le  
par  
plu

mo  
pre  
che  
mo  
res  
au  
de  
éta  
titu  
ner  
nir  
réf  
né  
ne  
du  
les



fit aussi prendre du chloral sans grand résultat. Trois mois après l'établissement de cette contracture, M. Terrier examina cette malade et constata aussi l'existence d'une contracture des muscles de l'œil gauche, celui-ci étant dévié en haut et en dehors. La pupille était complètement cachée par la paupière supérieure; il y avait de la photophobie et du blépharospasme; la conjonctive était injectée, la cornée intacte, la pupille moyennement dilatée et peu mobile; (l'acuité visuelle devait être presque abolie, d'après la suite de l'observation.) — En raison de la déviation oculaire, la contracture paraissait dépendre surtout du droit supérieur, du droit externe et de l'oblique inférieur. M. Terrier s'aperçut que la malade avait des dents gâtées, mais indolores et il eut l'idée de les enlever en prescrivant en même temps 4 gr. de bromure de potassium; le jour même où il fit l'extraction d'une incisive de la mâchoire supérieure droite, la malade put ouvrir et abaisser son œil et la pupille devint visible; après une seconde extraction la malade vit le jour; à la troisième, elle distingua les objets; deux jours après la dernière ablation, la contracture avait tout à fait disparu; six jours après le commencement de ce traitement, l'œil était parfaitement mobile, la vision parfaite. Les attaques hystériques arrivaient cependant encore six fois par semaine; on essaya de les combattre en donnant 6 gr. de bromure de potassium chaque jour. Le blépharospasme et la contracture des muscles oculaires guérirent parfaitement, et les attaques hystéro-épileptiques ne se présentèrent plus.

La diathèse nerveuse est, dans le cas de M. Terrier, tellement évidente, que personne ne pourra nier son influence prépondérante; l'action de la carie dentaire n'a pu faire autre chose que de localiser des points hystérogènes à l'endroit de moindre résistance, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Du reste, l'exemple précédent, au lieu de rester unique, trouve, au contraire, une confirmation parmi les rares observations de strabisme par carie dentaire; l'action de la névrose, qui était d'abord une hypothèse pour nous, est devenue une certitude lorsque nous avons vu toute la série des phénomènes nerveux et des stigmates hystériques les plus évidents devenir presque normalement concomitants de ces affections réflexes; l'influence de la carie dentaire, comme celle des névralgies sus-orbitaires, envisagées comme causes réflexes, ne sont que des cas particuliers démontrant combien l'action du trijumeau est usurpée, alors que l'hystérie se cache sous les apparences les plus diverses.

M. Mengin a publié un cas tout à fait analogue qu'il attribuait aussi aux lésions de l'appareil dentaire (1).

A la suite d'une périostite alvéolaire, le malade que cet auteur a observé a été pris de *crampes toniques et de parésies oculaires accompagnées de contracture du muscle droit interne et d'un spasme de l'accommodation*. En même temps on constatait un *rétrécissement du champ visuel*, de l'amblyopie et de l'achromatopsie.

Il semble que ce soit justement là les symptômes hystériques complémentaires de l'observation de M. Terrier.

M. Redard (2) cite un exemple de scotome central et de mydriase, reconnaissant pour cause une carie dentaire; il cite l'amaurose et le strabisme comme pouvant avoir la même origine; ces accidents arrivent, dit l'auteur, chez des gens *névropathes, des femmes principalement, sujettes à des névralgies*; il existe quelques points douloureux de la névralgie trifaciale; la vue s'affaiblit d'un côté, le plus souvent des deux. La lumière est douloureuse, il y a un sentiment de pesanteur de l'œil.

On retrouve encore ici les traces de la névrose plus ou moins latente, qui entre quelquefois en scène avec des attaques comme Priestley Smith (3) l'a remarqué; après une attaque, de nature probablement hystérique, il put constater une aphasie accompagnée de diplopie par déviation en dedans tantôt d'un œil et tantôt de l'autre, tandis que les mouvements en haut et en dehors étaient diminués.

MM. Manz et Ulrich ont publié les cas les plus remarquables du strabisme hystérique spastique; voici d'abord l'histoire du malade de M. Manz (4), qui était compliquée d'une amblyopie hystérique dont les variations sont des plus curieuses :

(1) Mengin. Des accidents oculaires consécutifs aux lésions de l'appareil dentaire. — Recueil d'ophtalmologie, p. 324; 1878.

(2) P. Redard. Rapports entre les affections dentaires et certains troubles oculaires. Communication faite à la Société française d'ophtalmologie. Gazette médicale de Paris, 15 mai 1886.

(3) Priestley Smith. Bilateral deviation of the eyes. — Ophth. Hosp. Rep., IX, 22, 1876.

(4) Manz. Ein Fall v. hysterischen Erblindung mit spastischen Schielen. — Berl. Klin. Wochenschrift, janvier 1880, n° 2 et 3.

Une jeune Russe se plaignant de brûlaisons dans les yeux réclama les soins de M. Manz qui lui ordonna un léger collyre astringent; au bout de quelques jours, cette demoiselle revenait avec un *strabisme convergent de l'œil droit* en accusant une diplopie survenue depuis la dernière consultation et accompagnée de maux de tête; les *deux yeux étaient fortement tournés en dedans*. Elle raconta alors que deux ans auparavant, elle avait eu les mêmes symptômes qui durèrent neuf mois toujours avec de la diplopie et des céphalalgies. Le premier diagnostic de paralysie de l'oculomoteur externe devint alors douteux. Le strabisme convergent des deux yeux était si fort que les deux cornées étaient en partie cachées par les caroncules lacrymales; l'œil gauche était plus haut que le droit; la motilité de l'œil gauche cependant était peu limitée, et quand le droit était couvert, il pouvait aller dans l'abduction la plus extrême, tandis que l'œil droit n'arrivait qu'avec effort jusqu'à la ligne médiane. Le commandement pouvait mieux que la fixation d'un objet faire accomplir les mouvements, et, dans les positions extrêmes, le bulbe oculaire ne restait que péniblement en place. L'œil gauche, dans le regard à gauche, entraînait en mydriase, sinon les pupilles étaient très étroites et très paresseuses dans leurs réactions à la lumière. Les images homonymes, dont la gauche était la plus basse, ne causaient aucun trouble, car la malade fut atteinte en même temps d'amblyopie si prononcée qu'elle ne comptait plus les doigts qu'à un pied de distance. Le champ visuel des deux yeux était excessivement rétréci. L'examen ophtalmoscopique ne révélait rien d'anormal.

Tous les remèdes restés impuissants furent abandonnés quand survint une amélioration très rapide tant pour les yeux que pour l'état général; la malade ne sentait plus ses yeux si engourdis, l'œil gauche se mouvait normalement; on constatait aussi une grande amélioration à droite où l'acuité visuelle augmentait, toutefois avec des oscillations variables.

Des troubles de l'accommodation firent penser à un spasme du muscle ciliaire et à un strabisme spastique par contracture des droits internes, car le myosis parlait pour la nature spastique du strabisme. Le degré élevé de la déviation parlait aussi pour un spasme et n'aurait pas été expliqué par la prépondérance du droit interne sur le droit externe paralysé; les excursions en dehors prouvaient, du reste, que ce dernier n'avait guère souffert. En outre, dans la suite de l'affection, le droit externe gauche fut atteint d'un spasme et dans cet état on eut l'image de la *déviation conjuguée spastique transitoire*. On n'eut pas d'achromatopsie à constater. Le courant galvanique amenait de suite une meilleure position des yeux.

Au bout d'une année, la diplopie ne cessait encore qu'à un pied de distance tant le strabisme dura longtemps. Une attaque subite d'opisthotonos ayant duré une demi-heure ramena le strabisme et

l'amblyopie; cette dernière changeait chaque jour et semblait avoir un rapport opposé avec la déviation; quand le strabisme s'améliorait la vision diminuait et vice versa. La lecture faisait baisser rapidement l'acuité visuelle. L'accommodation et la convergence participaient sans aucun doute à cette chute rapide de l'acuité visuelle, et M. Manz chercha en vain à ramener ces désordres à une forme connue, le présent cas ne coïncidant avec aucune des formes ordinaires d'asthénopie. (Insuffisance de convergence.) La présence du strabisme bilatéral fut constante, puis la diplopie ne se montra plus que dans le regard à droite, car l'œil droit seul louchait encore.

Une récédive très grave arriva un mois après (14 mois après le commencement de la maladie), l'œil droit se tournant de même dans la position de strabisme convergent extrême; il était aussi un peu incliné en bas; ses mouvements en dehors et en haut étaient impossibles; un myosis intense avec des pupilles sans réaction coïncidaient avec une amaurose absolue. La conjonctive des deux yeux était anesthésiée ainsi qu'une partie du visage à gauche, et à droite l'anesthésie existait même pour le plus fort courant; on ne constatait pas d'autres anesthésies.

Dans des attaques de dyspnée et d'angoisse précordiale, les globes oculaires étaient tournés fortement en haut et en dedans pendant la perte de connaissance; avant et après l'attaque, les deux yeux étaient tournés à gauche; pendant quelque temps la convergence double qui avait duré si longtemps fit place à la déviation des deux yeux à gauche, puis la diplopie disparut, mais, à peine la malade avait-elle quitté la clinique, que l'état maladif revint avec l'amblyopie et le strabisme.

Le cas de M. Ulrich (1) offre des rapports nombreux avec le précédent; le spasme du droit interne est aussi intermittent :

Une veuve de 35 ans se présentait à M. Ulrich, le 7 septembre 1881; elle avait constamment souffert de troubles de menstruation et offrait l'image la plus prononcée de l'hystérie pour laquelle elle était soignée dès longtemps. Quant à ses plaintes exagérées au sujet de la vision, elle prétendait souffrir de périodes de cécité intermittente en rapport avec des attaques hystériques. Elle resta une fois aveugle durant huit jours. Elle présente une polyopie qui lui fait voir les personnes dans la rue jusqu'à six fois et plus. L'examen le plus complet de ses yeux ne présenta absolument rien d'anormal. Elle est emmétrope et a une acuité visuelle normale; l'accommodation est aussi nor-

(1) Dr Richard Ulrich. — Intermittirender Spasmus eines Musc. rect. int., auf hysterischer Basis. — Zehender's Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde, juli 1882.

male; on ne remarque aucune déviation musculaire manifeste ou latente. M. Ulrich posa le diagnostic de *koplopie hystérique*.

Le 29 du même mois, elle revenait avec un *strabisme convergent* de l'œil gauche des plus manifestes. La malade était à ce moment si excitée que l'examen alors impossible ne put être fait que le 5 octobre. Il résulta de cet examen la constatation d'une *diplopie homonyme* dans tout le champ de fixation. Dans le méridien horizontal (l'objet fixé étant à un demi-mètre d'éloignement) la distance des images de la *diplopie* dans le regard à gauche était d'environ 1 mètre et de là diminuait progressivement jusqu'à environ 30 centim., quand on arrivait tout à fait à droite; une limitation de la motilité en dehors des muscles examinés séparément n'offrait rien d'appréciable.

Le 12 octobre la malade revient de nouveau et raconte que, le jour avant, elle avait vu simple pendant deux heures entières. Le 20 avril 1882, elle voyait encore double quand elle se fâchait ou qu'elle s'excitait. L'examen indique un *strabisme convergent* périodique ordinaire; les images de la *diplopie* homonyme avaient le même écartement tant dans le regard à droite que dans le regard à gauche.

Dans la discussion du diagnostic différentiel, la paralysie de l'oculomoteur externe gauche pouvait être rejetée de suite parce que d'abord la motilité n'était pas restreinte en dehors à gauche, et qu'en outre la *diplopie* existait dans tout le champ de fixation. Le *strabisme convergent* périodique de l'accommodation pouvait aussi être mis de côté puisque les deux yeux étaient emmétropes, et qu'un surmenage de l'accommodation ne pouvait entrer en ligne de compte. Un autre point à décider était déjà plus difficile: on aurait pu agiter la question de savoir si, dans ce cas, les droits internes avaient de prime abord une prépondérance qui, peut-être sous l'influence de l'hystérie, aurait rendu manifeste le *strabisme convergent* de même que nous voyons des insuffisances musculaires oculaires devenir manifestes et causer des *strabismes* après des maladies débilitantes telles que l'alcoolisme, etc. Mais en dépit de tout, M. Ulrich ne put admettre cette explication, car la déviation de l'œil gauche était trop prononcée. En effet, chez les individus qui sont pris de *diplopie* homonyme quand ils sortent à peine des fumées du vin, cette *diplopie* ne se manifeste que pour les distances qui sont en deçà de la position de repos des muscles internes et externes. Chez cette malade, au contraire, la position du repos des muscles oculaires ne pouvait absolument pas coïncider avec le degré de *strabisme convergent* constaté dès l'abord, sinon la convergence aurait existé longtemps auparavant déjà. Il ne reste donc qu'à admettre le diagnostic d'un spasme intermittent du droit interne gauche pour lequel, du reste, l'état si prononcé d'hystérie offre une forte base étiologique.

D'autres auteurs ont encore publié des cas de spasmes des

muscles moteurs de l'œil ; M. Da Fonseca (1) les a vus surtout limités au droit supérieur et accompagnant le blépharospasme.

M. Dubois (2) a vu une jeune fille de 17 ans, le 12 septembre 1883, atteinte successivement de troubles de la vue, de *diplopie*, de *convulsions cloniques* de l'œil ; trois jours après survenait la mydriase double complète avec un rétrécissement du champ visuel, une hémianesthésie et une anesthésie pharyngienne. Douze jours après, tous ces symptômes disparurent.

### 3<sup>e</sup> Déviation conjuguée hystérique.

Sous l'influence de l'hypnotisme, on peut avoir, comme nous l'avons vu, des mouvements associés des yeux, et, dans certaines phases, les deux yeux peuvent être fixés dans une direction déterminée. Pendant les attaques, M. Robin (3) a mentionné des contractions symétriques des muscles du cou, ce qui donne l'apparence des mouvements conjugués de la tête et des yeux. MM. Landolt, Richer et Baron ont aussi observé des cas que nous avons reproduits plus haut.

Il semble que cette déviation conjuguée tienne surtout à un spasme musculaire associé, comme le prouve l'observation si remarquable de M. Frost, que nous citerons tout au long ; cependant M. Parinaud (4) dit que l'on peut trouver « avec l'amblyopie hystérique des paralysies franches des muscles de l'œil qui se présentent presque toujours à l'état de *paralysies associées*, c'est-à-dire qu'elles intéressent les mêmes mouvements dans les yeux ; ces paralysies se rencontrent surtout chez les malades qui ont des paralysies caractérisées dans d'autres parties du corps, particulièrement au cou et dans les parties supérieures du tronc. »

(1) Da Fonseca. *Nevroptia ocular hysterica*. *Archivo ophth.* da Lisboa n° 4, 1884. — Voyez aussi Williams *Hysterical deviation*. — *Ophth. Review.*, IV, n° 39, 1884.

(2) Dubois. *Paralysie de l'accommodation avec amblyopie de cause hystérique*. (Bulletin de la clinique des Quinze-Vingts, juillet-septembre 1883.)

(3) *Loc. cit.*, p. 165.

(4) Parinaud. *Anesthésie de la Rétine*. — *Annales d'oculistique*, août 1886.

L'exemple de M. Manz (1) prouve que la *déviatiou conjuguée spastique transitoire* des hystériques peut succéder au strabisme par contracture, et que cet état de déviation associée n'est qu'une forme que les spasmes oculaires peuvent affecter; cette variété est rare dans sa forme persistante. Sur notre demande, M. A. Frost a eu l'extrême obligeance de nous écrire l'histoire de sa malade, et que nous reproduisons telle qu'il nous la donne sous le titre de *déviatiou conjuguée hystérique, les deux yeux étant tournés en bas et à droite*, (2).

Annie T..., âgée de 25 ans, couturière, a été traitée dès le 10 novembre 1881, au Royal London Ophth. Hospital par M. Tay avec la permission duquel ce cas a été publié. — *Histoire de la maladie.* Une après-midi, il y a trois ans, pendant qu'elle chantait, cette jeune fille perdit subitement connaissance et resta pendant vingt minutes dans cet état. Le jour suivant, elle eut des vomissements et dut se coucher; le troisième jour, elle eut encore une perte de connaissance et resta ainsi huit à dix jours. Alors elle s'aperçut que *sa jambe droite traînait dans la marche*, et depuis ce temps elle boite un peu dans ses promenades. En automne 1883, elle fut admise dans l'hôpital de Saint-Georges pour les symptômes de la coxalgie; mais ayant été examinée pendant l'anesthésie de l'éther, à différentes occasions, on ne trouva aucune affection et ce cas fut diagnostiqué et traité pour une *coxalgie hystérique*. Depuis sa sortie de l'hôpital, la malade a toujours porté une haute botte talonnée, mais, il n'y avait aucun raccourcissement réel de la jambe.

On ne peut savoir avec certitude quand la déviation oculaire est apparue; ce n'était en tous cas pas quand elle était à l'hôpital de Saint-Georges; la malade n'a jamais accusé de diplopie.

Au moment où le strabisme fut observé médicalement, *l'état présent* pouvait être ainsi décrit : *les deux yeux étaient dirigés en bas et à droite*; l'œil gauche était plus bas que le droit : une ligne tirée horizontalement du bord le plus bas de la cornée droite coupait le centre de l'œil gauche. Le bord supérieur de la cornée de l'œil droit recouvert par la paupière était à peine visible; le bord le plus bas est visible dans un millimètre de hauteur. La paupière supérieure de l'œil gauche est abaissée comme de l'autre côté, et presque la moitié de la cornée en est recouverte. Si la malade veut essayer de regarder en haut, on voit que les muscles élévateurs (droit supérieur)

(1) Voir page 515.

(2) W. Adams Frost. Hysterical deviation. — Brit. Med. Journal II, 1248, 1884. — Case of Conjugate deviation of the eyes, downwards and the right. — Trans. Ophthalm. Soc. V, 197, 11 décembre 1884; — et communication par lettre du 11 juillet 1886.



ne fonctionnent que peu ou pas du tout; le muscle occipito-frontal par contre se contracte assez fort et ride le front sans cependant exercer aucune influence sur les paupières. La jeune fille déclare être incapable de tourner ses yeux en haut, et, quand on lui dit de le faire, elle les élève un peu lentement vers la ligne horizontale et les tourne davantage encore à droite. Les yeux peuvent être tournés un peu plus loin à droite ou en bas qu'ils ne le sont pendant le repos, mais par contre, les excursions vers la gauche sont très restreintes. Pendant l'examen, si l'on touchait la paupière supérieure avec la pointe d'une plume, sans que la malade s'y attendît, immédiatement ses deux yeux se tournaient en haut d'une manière toute naturelle; cette expérience fut souvent répétée avec le même résultat. Il semblait impossible de faire fixer un objet dans la ligne médiane, mais on trouva que, l'œil gauche étant couvert, l'œil droit pouvait fixer parfaitement et suivre les doigts librement et dans toutes les directions; l'œil gauche couvert d'un bandage accompagnait les mouvements de l'autre tout à fait normalement. Si l'œil bandé était découvert d'une manière inattendue, les yeux restaient quelquefois dans la position dans laquelle ils étaient à cet instant, mais bientôt ils retournaient dans leur position ordinaire en bas et à droite. Le même résultat arriva quand on couvrait l'œil gauche, mais pas avec la même constance. A droite, l'acuité visuelle était de 6/6, à gauche de 6/18 avec une hypermétropie manifeste d'une dioptrie. L'examen au moyen de lettres colorées de Snellen ne révéla une achromatopsie que de l'œil droit. L'emploi du galvanisme et des toniques n'amena aucune amélioration. Le bassin était à droite comme tiré en haut et était de trois pouces plus élevé que de l'autre côté; la jambe droite était dans l'abduction et traînait dans la marche. La marche en arrière pouvait être exécutée sans chanceler. — En février 1885, étant encore dans le même état, la malade fut soignée à Saint-Georges par M. Frost qui procéda à l'examen pendant la narcose à l'éther; *l'anesthésie n'était pas encore complète, qu'on vit les yeux prendre leur position normale*; on banda les deux yeux avant le réveil, on les laissa ainsi couverts pendant trois jours, et au bout de ce temps la position et les mouvements étaient normaux. Le bandage fut mis de côté et quatre jours après les yeux reprirent encore cette fois leur ancienne position de déviation conjuguée. La malade fut alors renvoyée et ne fut pas revue depuis.

La persistance de ce spasme associé montre que cette forme de déviation conjuguée hystérique doit être mise à part et a la valeur d'une véritable variété. M. Charcot (1) a découvert que la compression par le moyen de la bande d'Es-

(1) Leçons orales du Prof. Charcot à la Salpêtrière, 1886.



march fait des contractures chez les hystériques; c'est un nouveau et précieux stigmatc qui réussit surtout dans l'état d'hypnotisme, mais est peu persistant; il semble que l'action de la compression, dans le spasme oculaire décrit ci-dessus ait eu, au contraire, un effet résolutif; cependant, la privation de la lumière y a peut-être joué le plus grand rôle.

Un moyen de diagnostiquer un spasme, dont nous avons déjà parlé et qui ne semble avoir été essayé que dans le cas de déviation conjuguée de M. Frost, est la narcose chloroformique qui résout les contractures hystériques. Le strabisme convergent des hypermétropes qui est de nature probablement spastique cède souvent de même sous l'influence du sommeil pendant l'anesthésie.

#### PARALYSIES HYSTÉRIQUES DES MUSCLES EXTRINSÈQUES DE L'ŒIL.

Les paralysies oculaires dans l'hystérie sont encore plus rares et plus mal connues que les spasmes, et leur examen n'a été fait complètement dans aucun cas. Briquet (1), en parlant de l'anesthésie de l'œil, rapporte qu'il l'a vue s'accompagner d'un affaiblissement inégal des muscles droits et obliques de l'œil. Les quelques auteurs qui mentionnent ces membres on remarque dans des cas rares une parésie concomitante des muscles mimiques du visage et des yeux avec une anesthésie de la face; la plus fréquente serait un ptosis de la paupière supérieure comme symptôme de la paralysie hystérique (Niemeyer). Laveiran et Tessier envisagent les paralysies des muscles moteurs des yeux comme très rares, mais disent qu'il en existe quelques exemples dans la science. M. Haardt (2), en recherchant l'étiologie des paralysies oculaires a trouvé, sur 26 cas, une observation qui semble devoir être rapportée à l'hystérie. Nous verrons que la confusion entre les spasmes et les paralysies a été constante. Nous

(1) Briquet. *Traité clinique de l'hystérie*, 1859, p. 294.

(2) Haardt. *Beiträge z. Aetiologie der Augenmuskellähmungen*. — *Inaugur. Dissertation*. Würzburg, 1883.

avons déjà cité l'opinion de M. Parinaud (1), d'après laquelle on peut trouver avec l'amblyopie hystérique des paralysies franches des muscles de l'œil qui se présentent presque toujours à l'état de paralysies associées.

### 1° *Paralysie du facial.*

La paralysie du facial dans l'hystérie a été acceptée jusqu'ici comme une des formes cliniques les plus rares de la névrose ; cependant, les observations d'hémiplégie hystérique où la participation de la septième paire a été notée n'indiquent généralement pas que l'orbiculaire ait été intéressé.

Il serait possible que l'*exophthalmus* produit dans l'hypnotisme tint à un état parétique de l'orbiculaire. M. Haidenhain (2) a vu l'exophthalmie se produire dans l'hypnotisme et accompagner la mydriase et le spasme d'accommodation. M. Rumpf (3) a aussi observé l'exophthalmie dans l'état hypnotique coïncidant avec une grande ouverture de la fente palpébrale, la dilatation pupillaire et la flexibilité cireuse.

Rappelons ici la thèse de M. Hélot (4) qui cite un exemple de parésie du facial gauche avec déviation de la langue à droite, accompagnée d'un strabisme convergent chez un malade atteint d'hémiplégie hystérique gauche.

M. Seeligmüller (5) a publié un cas de paralysie hystérique du facial et des nerfs sensoriels du même côté chez un hémianesthésique qui guérit complètement.

Nulle part, on ne trouve noté de paralysie isolée de l'orbiculaire dans les névroses, pas plus que dans la neurologie des affections organiques ; d'après M. Hallopeau (6), la lésion centrale et isolée des faisceaux supérieurs du facial pourrait faire soupçonner une lésion de l'écorce ; or, c'est dans la substance corticale que M. Charcot localise les paralysies

(1) Annales d'oculistique, août 1886.

(2) Haidenhain. Bresl. Aertzl. Zeitschr., 13 mai 1880.

(3) Rumpf. Ub. Hypnotismus. Deutsch. med. Wochenschrift, p. 279, 1880.

(4) Hélot. Hémiplégie hystérique. Thèse de Paris, 1870.

(5) Seeligmüller. Uter Hemianesthésie. Deutsch. med. Wochenschrift, n° 42, 1884.

(6) Hallopeau. Revue mensuelle 1879, p. 937.

hystériques depuis qu'il est parvenu à reproduire avec tous leurs détails ces affections par la suggestion dans l'hypnotisme.

M. Lebreton (1) dit que la paralysie du facial dans l'hystérie n'est jamais isolée et accompagne toujours la paralysie des membres surtout l'hémiplégie, qu'elle est quelquefois alterne avec cette dernière et toujours accompagnée de l'anesthésie de la peau et des organes des sens du côté où elle siège. L'observation XVI de son travail mérite d'être résumée pour ce qui nous concerne :

Une femme hystéro-épileptique ayant de fréquentes attaques avec convulsions des globes oculaires présentait tous les symptômes d'une paralysie faciale gauche; elle avait de plus une paralysie du bras gauche et une analgésie du même côté.

*La malade fermait très imparfaitement l'œil gauche* qui était lui-même renfoncé dans l'orbite; pas de déviation de la lèvre, le front ne se plisse que du côté droit.

Ce cas est cependant loin d'être concluant; l'hémiplégie faciale semble, au contraire, être d'origine sûrement rhumatismale, puisqu'elle est apparue « à la suite d'un refroidissement avec douleurs à la région mastoïdienne suivi d'accidents rhumatismaux légers vers les articulations. » La face s'était déviée subitement tandis que la guérison s'opéra progressivement en quelques mois. C'est absolument l'histoire d'une paralysie périphérique de la septième paire.

M. Charcot (2) a été amené à considérer les hémianesthésies saturnine et alcoolique comme dues à l'hystérie et non à l'intoxication par le plomb ou l'alcool, qui ne joue dans ces affections que le rôle d'une prédisposition morbide (3); ce sont autant de cas méconnus de la grande névrose; l'anesthésie sensorielle et sensible, limitée strictement à une moitié

(1) Lebreton. Des différentes variétés de la paralysie hystérique. Paris 1868.

(2) Leçon orale du 27 juin 1886.

(3) L'hémianesthésie par intoxication mercurielle ou survenant après la fièvre typhoïde de M. Hallopeau, l'hémianesthésie par intoxication par le sulfure de carbone de M. Delpéch, celle qui suit l'empoisonnement par l'oxyde de carbone de MM. Leudet et Laroche peuvent-elles être aussi ramenées à la même origine ?

du corps, le rétrécissement du champ visuel, la bénignité d'attaques nombreuses, la contracture produite par la bande d'Esmarch, la forme des convulsions en arc-de-cercle, la conservation intacte de l'intelligence, l'absence de la paralysie de la face, la possibilité du transfert des différents symptômes ont mis en lumière la nature de la maladie pour les cas observés par M. Charcot; nous profitons de cette importante découverte pour expliquer certains symptômes oculaires du facial et du releveur de la paupière mentionnés dans l'hémianesthésie saturnine. M. Hamant (1), dans une monographie écrite sur ce sujet, passant en revue les cas qui ont été décrits, en trouve où la face participait à l'hémiplégie; mais, le plus souvent, ces symptômes sont peu accusés; ils s'allient aussi avec le ptosis et la déviation conjuguée de la tête et des yeux, à la suite d'attaques convulsives; en fermant les yeux du malade, les membres paralysés peuvent être placés dans toutes les positions sans qu'il ait conscience de leur situation relative; il a perdu du côté de l'hémianesthésie la notion de la consistance, de la forme et du poids des corps, en un mot, le sens musculaire; tous ces symptômes ainsi que l'amaurose intermittente, le rétrécissement du champ visuel, l'achromatopsie (Hamant, p. 14) démontrent l'identité nosographique qu'ils ont avec ceux de l'hystérie.

M. Hanot (2) rapporte deux cas d'hémianesthésie saturnine; dans le premier, la face était peu atteinte; dans le second, on remarquait une parésie du membre inférieur gauche et des muscles de la face de ce côté.

MM. Vulpian et Raymond (3) ont vu chez un saturnin parétique du côté droit, une hémianesthésie complète de toute la moitié droite du corps, y compris la face, coïncider avec une déviation de la langue à gauche; M. Raymond (4) a fait une observation semblable de parésie des membres gauches avec déviation de la face à gauche. L'observation de MM. Debove-

(1) C. Hamant. Étude sur l'hémianesthésie saturnine, p. 12, 13, 14. Paris, 1879.

(2) Hanot. Archives de médecine, 1878.

(3) Vulpian et Raymond. Obs. XVII de la thèse de M. Renaut.

(4) Raymond. Gaz. Médicale, Paris, 1876.

et Landolt, la plus remarquable de toutes, pour l'identification de l'hémi-anesthésie saturnine et hystérique sera rapportée à propos du ptosis paralytique.

Nous avons vu dans tout le cours de ce travail combien avait été négligé le diagnostic différentiel des spasmes et des paralysies oculaires, et remarqué combien l'hystérie se manifestait de préférence sous forme de spasmes pour tout l'appareil oculaire. Nous avons été heureux d'entendre M. Charcot (1) traiter tout récemment l'étude de la paralysie du facial dans l'hystérie et jeter définitivement la lumière sur cette question obscure ; nous en pourrions tirer le plus grand profit pour la pathogénie comparée du blépharospasme et du ptosis paralytique hystérique. M. Charcot déclare qu'il n'y a pas de paralysie du facial dans l'hystérie, et sans contredire les observateurs qui l'ont notée (Helot, Lebreton, etc.), il a été amené à admettre un *hémispasme unilatéral glosso-labié hystérique*, comme expliquant seul le genre particulier de la déviation que la face affecte dans la névrose.

Chez les deux hommes qui ont été l'objet de son étude, on remarquait une bouche en forme de point d'exclamation, comme dans la paralysie faciale apoplectique, mais la langue sortait, par contre, du côté où le coin de la bouche était relevé, au lieu que dans les déviations de cause cérébrale organique, la langue est toujours tirée du côté paralysé ; des contractions cloniques constantes mettaient en mouvement le visage du même côté où la langue était plutôt tordue que déviée ; le spasme était le plus prononcé pour le zygomatique et le triangulaire du menton, et dans un cas affectait le côté opposé à l'hémiplégie, tandis que dans l'autre il siégeait du même côté qu'elle.

L'hémispasme glosso-labié simule la paralysie du côté opposé de la face comme le blépharospasme le fait pour le ptosis paralytique et le spasme des muscles du globe oculaire par les paralysies de leurs antagonistes. De là la réserve que nous faisons pour tous les cas incomplètement analysés.

(1) Leçon orale du 20 décembre 1886 à la Salpêtrière.—Voir Brissaud, *Revue de médecine*, 1887.

*2° Paralysie hystérique de l'oculomoteur commun.*

*Ptosis.* — Nous avons déjà cité bon nombre d'exemples où la nature de la chute de la paupière supérieure n'est pas indiquée, et nous traiterons ici seulement quelques-uns de ceux que les auteurs ont envisagés comme paralytiques.

John France (1) et Canton (2) décrivent des cas de paralysie du releveur de la paupière supérieure.

Ce dernier auteur a vu une jeune fille de 19 ans, hystérique, irrégulièrement réglée, atteinte de blépharoptose accompagné de douleurs lancinantes dans l'œil et dans la tempe. Après un traitement resté sans succès, le ptosis disparut aussi subitement qu'il s'était développé, et deux semaines après apparurent les règles qui durèrent dix jours. On n'avait constaté ni strabisme, ni mydriase.

M. Lebreton (3), en mentionnant la rareté de cette paralysie, dit qu'elle peut arriver subitement ou graduellement; la paralysie peut, dit-il, ne pas se borner à l'élévateur, mais elle peut envahir le muscle occipito-frontal: c'est ainsi que dans le cas de France le sourcil gauche restait immobile; il pense que la contracture de l'orbiculaire complique souvent le ptosis.

M. Dusmani (4) a publié la curieuse observation suivante concernant la guérison d'un blépharoptose: Le 23 janvier 1862, se présenta au dispensaire de M. Chassaignac une jeune fille de 12 ans ayant un ptosis complet du côté gauche, datant de huit jours. Elle a eu des attaques de somnambulisme qui ont cessé il y a six mois. Depuis quatre ans, elle éprouve fréquemment la sensation d'une boule qui lui monte de l'estomac à la gorge. Actuellement, elle souffre de céphalalgie sans douleur circum-orbitaire ou faciale; on constate une chute complète de la paupière supérieure de l'œil gauche avec impossibilité de la relever spontanément; l'œil conserve tous ses mouvements; la

(1) John France. Case of Ptosis. — Guy. Hosp. Reports, octobre 1849.

(2) Canton. Hysterical Ptosis. Westminster med. Soc. London med. Gazet. 1850, et Annales d'oculistique, t. XXXVI, p. 88.

(3) Lebreton. Des différentes variétés de la paralysie hystérique. Thèse de Paris, 1868.

(4) Dusmani. Cas de blépharoptose guéri par la lumière projetée par l'ophthalmoscope. Ann. d'ocul. : t. II, p. 268. — Gazette des hôpitaux, 14 mars 1862.

pupille un peu dilatée est insensible à la lumière diffuse du jour. A l'ophthalmoscope rien de particulier. Le diagnostic porté est le suivant : paralysie hystérique de la paupière supérieure. On ordonne des douches oculaires à l'eau froide. Le surlendemain, l'enfant se présente à la consultation la paupière relevée et toute joyeuse, racontant que, depuis le moment de l'examen à l'ophthalmoscope, elle a pu ouvrir l'œil. Le 17 février l'enfant vient de nouveau avec sa blépharoptose semblable à sa première apparition. Malgré le traitement, cinq jours après, la chute de la paupière se maintenait toujours, lorsque le 23 février, on projette la lumière de l'ophthalmoscope dans le but de s'assurer si la lumière pouvait agir par action réflexe; il advint en effet qu'après avoir projeté la lumière dans l'œil pendant deux à trois minutes à différentes reprises, l'enfant put ouvrir son œil. Le 5 mars l'enfant revint au dispensaire avec un ptosis double datant du même jour. Une nouvelle excitation à l'ophthalmoscope fut suivie encore cette fois de l'élévation spontanée des paupières.

M. Blanc (1) signale aussi parmi les paralysies essentielles de l'hystérie le ptosis admis par Rosenthal (2), mais il n'a trouvé qu'une seule observation, due à Szokalski (3) où les muscles droits obliques ont été atteints; nous n'avons cependant trouvé dans l'original que le récit déjà reproduit du cas de Canton.

M. Schaefer (4), dans une étude sur l'hystérie de l'enfance, dit que, tandis que les paralysies du nerf facial ou de l'hypoglosse sont très rares, les paralysies de l'oculomoteur commun et la paralysie isolée du muscle releveur de la paupière supérieure sont assez fréquentes chez les enfants.

Il cite le cas d'une fille de 9 ans, souffrant de crampes généralisées, qui fut prise d'un ptosis complet. Tous ces symptômes guérissent petit à petit, puis reviennent après une nouvelle attaque de spasmes. Une pression sur le nerf susorbitaire et l'ordre d'ouvrir l'œil guérissent le ptosis.

(1) Blanc. Des paralysies de l'oculomoteur commun. Thèse de Paris, 1886.

(2) Rosenthal. Maladies du système nerveux, trad. fr., 1875, p. 481.

(3) Szokalski. De l'anesthésie hystérique. Prag. Vierteljahrsschrift, 1851, p. 72, — et The Lancet, 18 janv. 1850.

(4) Dr Schaefer. — Über Hysterie der Kinder. Archiv. f. Kinderheilkunde V. Heft, 3-10, 1884. Thèse de Leipzig, — et Prof. Jacobi, Jahrbuch f. Kinderkrankheiten, 1876, p. 377. (Fall. v. neurotischer (hyst.), rechtsseitiger Hemiplegie), — et American. Journ., juin 1876.

M. Nüel (1) est d'avis que le ptosis hystérique dénote généralement un certain degré de parésie des nerfs oculomoteurs. Les cas de blépharoptoses hystériques sont moins rares que le petit nombre de ceux qui ont été publiés ne pourrait le faire croire, parce qu'ils passent méconnus et que leur guérison inattendue dérouté les observateurs les plus à même de les découvrir. Nous citerons, à ce sujet, un ptosis survenu dans une hémiplegie étudiée par MM. Charcot, Debove et Landolt (2); l'hémiplegie et l'hémianesthésie avaient été ici attribuées au saturnisme, et nous savons maintenant que ce groupe symptomatique rentre dans l'hystérie comme l'observation suivante le démontre pleinement. C'est, du reste, la plus caractéristique de celles qui ont été étudiées; ce n'est pas parce que c'est un cas fruste d'hystérie que sa nature en a été méconnue, mais parce qu'elle offre des coïncidences étiologiques et pathologiques qui n'avaient pas été remarquées.

Un homme de 26 ans fut atteint, le 1<sup>er</sup> août 1878, d'une hémiplegie gauche à la suite d'une attaque épileptiforme; on constata alors un *ptosis à gauche*, une anesthésie et une analgésie de ce côté avec thermoanesthésie et perte du sens musculaire; acuité visuelle diminuée à gauche; pas de strabisme; anesthésie du goût et de l'odorat à gauche; symptômes divers de saturnisme; attaques de convulsions où l'hystérie et l'encéphalopathie semblent se mêler. Puis des troubles analogues à ceux du côté gauche se montrent à droite (amaurose, analgésie; le lendemain l'œil droit recouvrait la vue, mais non le gauche; après d'autres attaques, coma avec *déviations conjuguées de la tête et des yeux à droite*, insensibilité puis résolution générale; puis contracture du côté gauche, et perte de la vision de ce côté, vers la fin d'août. Le 1<sup>er</sup> janvier 1879 l'hémiplegie coïncidait avec une déviation de la bouche à gauche. L'hémianesthésie gauche sensitive et sensorielle reparait à plusieurs reprises. Le 8 janvier, M. Landolt note pour l'œil gauche: cornée insensible, ne distingue que les mouvements de la main, et ne reconnaît pas les couleurs; pour l'œil droit: compte les doigts à 4 mètres  $\frac{1}{2}$ ; le champ visuel est rétréci et présente deux scotomes circulaires concentriques l'un entre 25° et 30° et l'autre entre 40° et 70°. On procéda à l'application de l'aimant à la

(1) *Loc. cit.*, p. 719.

(2) Landolt, *Troubles de la vision dans un cas d'hémiplegie saturnine*. Ann. d'oculistique, mars-avril 1880, — et Debove cité par Hamant, p. 38, — et Traité complet d'ophtalmologie de Wecker et Landolt. T. III<sup>e</sup>, p. 841.



Salpêtrière le 12 janvier 1879, et 1/4 d'heure après, la sensibilité était revenue dans la moitié gauche du corps, et l'œil gauche comptait les doigts à 40 centim. et montrait un scotome annulaire semblable à celui qu'on avait vu à droite. L'œil droit a une acuité visuelle de trois dixièmes; plus d'achromatopsie, le champ visuel s'est agrandi. La conjonctive, la moitié gauche de la langue, la moitié correspondante des muqueuses buccale, pharyngée et nasale seules étaient restées anesthésiées. Tous les phénomènes nerveux disparaissent au bout de quinze jours et l'acuité visuelle est alors normale.

On nous accordera que toute la symptomatologie et surtout les phénomènes oculaires, scotomes, rétrécissement du champ visuel, sensibilité extraordinaire à l'aimant dont l'influence a amené une guérison presque subite, nous permettent de faire rentrer ce ptosis dans l'hystérie.

J'ai trouvé dans le *Gesammte Augenheilkunde* de Graefe-Saemisch un cas de paralysie hystérique des divers muscles innervés par le nerf oculomoteur commun.

Guttmann (1) a trouvé chez une malade atteinte de la névrose hystérique depuis dix-huit ans, les désordres suivants : 1° paralysie complète du nerf olfactif gauche, l'odorat étant intact à droite; 2° paralysie complète du sens du goût à gauche (lingual et glosso pharyngien) et moindre à droite; 3° diminution de la conductibilité dans la partie motrice du trijumeau à gauche; 4° paralysie du nerf acoustique à gauche; 5° le nerf facial gauche était affaibli; 6° parésie de l'hypoglosse gauche; 7° hémianesthésie cutanée gauche absolue, sauf pour les parties profondes (tumeur du ventre douloureuse). Le côté droit du corps avait aussi une diminution de la sensibilité; 8° anesthésie complète des muscles, os et surfaces articulaires sur tout le côté gauche du corps. Perte du sens musculaire; à droite intégrité complète; 9° parésie motrice des extrémités du côté gauche (à droite motilité normale); 10° les nerfs optiques et les nerfs moteurs des yeux ne fonctionnaient pas non plus normalement. Bien que l'examen ophthalmoscopique ne révélât rien d'aucun côté, M. Leber constata à droite une amblyopie prononcée (compte les doigts à deux pieds) et un rétrécissement concentrique du champ visuel très prononcé; à gauche, une amblyopie moyenne avec un rétrécissement du champ visuel assez considérable. Pas d'achromatopsie. Des deux côtés, *paralysie de l'oculomoteur commun (ptosis complet à droite, moindre à gauche, paralysie du droit interne gauche et du droit supé-*

(1) Guttmann. Ein seltener Fall v. Hysterie. Berl. Klin. Wochenschrift, nos 28 et 29, 1869. (Aus der Universitätsklinik v. Prof. J. Meyer.)

rieur droit et gauche), pupilles normales. La malade avait souffert pendant cinq ans d'attaques hystériques violentes et se plaignait de douleurs prenant leur origine à l'endroit d'une cicatrice du front droit qui provenait d'un coup de pierre reçu à l'âge de 12 ans; ces douleurs précédaient les attaques; on fit l'excision de cette cicatrice; plus tard le nerf susorbitaire fut réséqué sans succès, les symptômes durèrent encore plusieurs mois.

### 3° *Paralysie hystérique du muscle oculomoteur externe.*

Les paralysies dites réflexes du muscle abducteur sont connues; Ogle dit que les causes les plus minimes peuvent en produire, ainsi les indigestions, la lactation, et Lawson (1) expliquait ces paralysies réflexes en disant que le sympathique et le nerf oculomoteur externe ont des rapports étroits.

Nous avons observé dans un cas d'hystérie une parésie du droit externe présentant les alternatives les plus étranges et les variétés d'intensité les plus bizarres; bien que nous ne connussions alors aucun cas de paralysie oculaire dynamique, le diagnostic s'est imposé à nous. Nous avons alors été heureux de trouver dans la grande autorité de Duchenne (2) (de Boulogne) une confirmation de l'existence de cette affection; aussi reproduirons-nous cette observation si capitale.

Duchenne n'avait eu aucun exemple de *paralysie* d'un muscle de l'œil dans l'hystérie avant celui-ci.

Une jeune fille de 19 ans, menstruée régulièrement depuis l'âge de 12 ans, s'était toujours bien portée jusqu'en 1871. Alors elle se fractura la clavicule droite et eut pendant trois ans une paralysie du grand dentelé qui guérit sans laisser de traces. Il y a neuf mois, un corps lourd lui tomba inopinément sur le front et le nez; elle eut très peur; elle venait alors de perdre sa mère et était sous le coup d'une grande douleur. Ce fut à ce moment que, pour la première fois, elle fut prise d'une paralysie non traumatique. Cette paralysie incomplète était surtout marquée à droite: l'affaiblissement de la jambe était tel que la malade ne pouvait marcher, la main droite

(1) Carter. Paralysis of externus rectus muscle treated by tenotomy and localised faradisation. — Discussion. Lancet. I, p. 116; — et Med. Times and Gaz. : Vol XLIV, p. 83.

(2) Duchenne (de Boulogne). Paralysie du moteur oculaire externe dans l'hystéricisme. — Gazette des Hôpitaux, 24 juillet 1875, p. 682.

était très affaiblie ; le bras gauche avait perdu lui-même une partie de sa vigueur. Nulle part d'anesthésie. Quelquefois des crampes et contractures involontaires se faisaient sentir subitement à la jambe droite.

Un traitement hydrothérapique amena la guérison complète en quatre mois. Après cela, au milieu de causes morales déprimantes, cette demoiselle s'aperçut un jour qu'elle voyait double. Elle avait une *paralysie du moteur oculaire externe du côté droit*. Duchenne, cette fois, en même temps qu'il électrisait le muscle paralysé, songeant à une cause spécifique, prescrivit des pilules de Sédillot et du iodure de potassium. Mais en quelques jours la paralysie du moteur oculaire externe avait disparu, peut-être sous l'influence de l'électricité.

La santé semblait de nouveau parfaite, quand survint un événement qui peina vivement cette jeune fille ; elle fut reprise de *diplopie*, cette fois l'œil droit était intact et la *paralysie affectait le moteur oculaire externe du côté gauche*. En même temps la jambe gauche devenait plus faible, mais la parésie était loin d'atteindre le même degré que quelques mois auparavant dans la jambe droite. Les membres supérieurs n'étaient pas affectés, la sensibilité restait intacte.

Elle n'a jamais eu les grandes attaques de l'hystérie, jamais perdu connaissance, jamais elle n'a eu la sensation de strangulation hystérique, mais elle a toujours été impressionnable, avait des accès de pleurs, des accès de rires involontaires et sans objet.

Pas de gastralgie, mais un sentiment de gonflement stomacal, une rachialgie lombaire et sacrée que la pression exaspérait, autre symptôme de nervosisme, ainsi que la fatigue extrême ; mal de tête surtout à gauche dans la région frontale. Névralgie habituelle dans la région ovarienne gauche exaspérée à la pression ; souffre des reins à la période menstruelle ; palpitations et pâleur.

L'hypothèse d'une tumeur cérébrale embarrasserait pour expliquer le retour à la santé au moyen de l'hydrothérapie et le passage de la paralysie de droite à gauche. Il faudrait attribuer cette tumeur à la cause spécifique que tout porte à nier. Avant la paralysie du muscle droit externe, on était convaincu que tout était nervosisme et Duchenne conclut à une forme rare de paralysie momentanée par nervosisme.

L'observation suivante d'une malade que nous avons pu suivre pendant fort longtemps et dont l'examen ophtalmométrique a été souvent répété, nous semble une paralysie hystérique certaine de l'oculomoteur externe. Nous avons eu l'honneur de présenter cette personne au professeur Charcot qui nous a engagé à publier un cas si rare ; l'étiologie hysté-

rique lui a aussi paru évidente, et c'est cet exemple si curieux de parésie alternante qui a été le point de départ de cette étude; nous avons profité des merveilleuses leçons du professeur Charcot sur l'hystérie pendant l'année 1886, et nous nous sommes inspirés de l'exactitude scrupuleuse que notre maître, le Dr Landolt, a apporté dans les mensurations des mouvements des yeux. Nous remercions ici ces deux savants qui nous ont aidé par leur enseignement dans cet essai de nosographie. L'intérêt qu'elle peut avoir nous a, du reste, déjà été témoigné par des maîtres tels que MM. Mauthner et Koenigsten, à Vienne, et M. A. Frost, à Londres.

Mlle P..., âgée de 22 ans, ne présente aucune hérédité nerveuse; parents vivants et en bonne santé, mère rhumatisante. Notre malade ne veut jamais avoir eu d'autre maladie qu'une céphalalgie intense et persistante et des crampes d'estomac arrivant régulièrement après les repas. Elle n'a pas de crises, ni de boules hystériques; quand elle se met en colère, elle raconte avoir toujours une vive douleur au pli du coude à gauche et à droite.

Il y a quatre ans qu'elle a commencé à loucher et à voir double, et au même moment le bras gauche est devenu plus faible. Elle se plaint d'éblouissements depuis son enfance.

Le 21 novembre 1884 elle se présente pour la première fois à la clinique du Dr Landolt demandant à être débarrassée de sa diplopie. On constate une acuité visuelle normale des deux yeux avec 2 dioptries d'hypermétropie manifeste, et 2,5 dioptries d'hypermétropie totale. Examinée à l'aide de la méthode du Dr Landolt, elle se montrait atteinte d'un strabisme convergent de 11°,5, donnant lieu à une diplopie correspondante; maux de tête. La limitation des excursions prouve qu'il s'agit d'une *parésie du droit externe du côté droit*. On électrise cet œil droit pendant trois semaines.

Le 9 janvier 1885, la mensuration de l'amplitude de convergence donne un total de 6,5 angles métriques (*am*), soit :

$$\begin{array}{lcl} \text{Maximum de convergence} & p^c = + 7 \text{ am.} & \\ \text{Minimum} & - & r^c = + 0 \text{ am. 5} \end{array} \left. \vphantom{\begin{array}{l} p^c \\ r^c \end{array}} \right\} a^c = 6 \text{ am, 5.}$$

et pour l'amplitude d'accommodation, on trouve :

$$\begin{array}{lcl} \text{Maximum d'accommodation} & p^a = 7 & \\ \text{Minimum} & - & r^a = 2 \end{array} \left. \vphantom{\begin{array}{l} p^a \\ r^a \end{array}} \right\} \text{Ce qui correspond à son âge.}$$

$$\text{Le 10, on a } \left\{ \begin{array}{l} p^c = + 4,5 \\ r^c = + 1,5 \end{array} \right\} a^c = 3 \text{ am.}$$

On est fortement étonné de trouver une *parésie du droit externe gauche* ayant déterminé un *strabisme convergent de l'œil gauche de 8°*.

La limitation des excursions à gauche confirme le diagnostic.

Le 13.  $\alpha^c = 3 \text{ am}, 25$ .

L'insuffisance de convergence s'est donc accentuée.

Le 20. Depuis l'infini jusqu'à  $\frac{1^m}{1,75}$  diplopie homonyme.

—  $\frac{1^m}{1,75}$  —  $\frac{1^m}{4}$  vision binoculaire simple.

—  $\frac{1^m}{4}$  —  $\frac{1^m}{5,5}$  diplopie homonyme.

—  $\frac{1^m}{5,5}$  —  $\frac{1^m}{11}$  vision binoculaire simple.

A partir de  $\frac{1^m}{11}$  diplopie croisée.

Le 31.  $\left\{ \begin{array}{l} p^c = + 8,3 \\ r^c = + 5,5 \end{array} \right\} \alpha^c = 2,8$ .

Pour remédier à la diplopie, M. le D<sup>r</sup> Landolt pratique sur l'œil gauche un *avancement musculaire avec résection du droit externe*, mais sans *ténotomie de l'antagoniste*; immédiatement après, on a une *divergence* et au bout d'une heure un *strabisme convergent de 5°* avec une *diplopie verticale de 4°*, l'œil gauche étant plus bas.

2 février. Strabisme convergent de 15° sans différence de hauteur.

Le 4. Diplopie homonyme de 15°  $\left. \begin{array}{l} p^c = + 6 \text{ am. } 66 \\ r^c = + 0 \text{ am. } 86 \end{array} \right\} \alpha^c = 5 \text{ am. } 80$

Le 17.  $p^c = 13 \text{ am.}$  Strabisme convergent de 5°.

Le 19.  $\left\{ \begin{array}{l} p^c = + 7 \text{ am.} \\ r^c = + 0 \text{ am. } 3 \end{array} \right\} \alpha^c = 6 \text{ am. } 7$ .

24 avril 1886. Strabisme 0°. On est alors fort surpris de constater une *hémianesthésie du visage à gauche*, une *anesthésie de la moitié externe de la conjonctive de l'œil gauche*, et de la *moitié interne de l'œil droit* et un *rétrécissement concentrique prononcé du champ visuel* surtout à droite où il ne s'étend qu'à 50° en dehors, et à 30° en haut, en bas, et en dedans. L'existence de la diathèse hystérique est confirmée par la présence de l'anesthésie presque complète du larynx. La limite de l'anesthésie cutanée du visage est irrégulière, ne se rapporte au trajet d'aucun nerf. On trouve quelquefois des points sensibles sur le cuir chevelu à gauche et des parties insensibles sur le front et les pariétaux à droite. La ligne médiane du visage est cependant nettement indiquée par la malade. La ligne anesthésique passe

devant l'oreille qui a conservé sa sensibilité et divise le cou en une partie inférieure intacte, tandis que la sensation tactile manque à toute la portion située au-dessus du cartilage cricoïde. La cornée est sensible des deux côtés; le goût est aboli à gauche, l'ouïe et l'odorat sont plus faibles de ce côté. La malade se plaint de douleurs névralgiques, elle est devenue excessivement nerveuse; pas de boules hystériques ni de crises, ni de symptômes dans la motilité.

Les jours suivants, l'anesthésie du visage a beaucoup diminué, sauf sur le cuir chevelu; la limite est à la ligne médiane. L'anesthésie de la conjonctive est limitée à la partie supérieure et inférieure de l'œil gauche, les parties latérales étant intactes. Un essai d'hypnotisation par un médecin étranger à la clinique a laissé une anesthésie de toute l'épaule et une névralgie du bras. La malade raconte qu'il y a un an déjà elle s'est aperçue que son œil gauche était insensible au toucher. L'anesthésie était très variable, et suivant qu'elle variait le degré de strabisme changeait aussi sans cependant qu'on pût y trouver une règle fixe. Pendant longtemps, l'anesthésie restait limitée à la conjonctive seule de l'œil gauche; l'insensibilité de la moitié interne de la conjonctive de l'œil droit s'y joignait quelquefois. On n'a jamais eu à constater de diplopie monoculaire. A l'anesthésie du bras gauche comprenant toute l'épaule jusqu'au-dessus du coude vint s'adjoindre une parésie du bras gauche qui persista de longs mois.

15 mai. *Parésie du droit externe gauche*; mouvements en dehors de ce côté diminués de 10°.

20 mai 1886. Diplopie homonyme de 15°

Diplopie homonyme jusqu'à une convergence de 4 am  
Depuis 4 am jusqu'à 5 am, vision binoculaire simple.

En deçà de  $\frac{4}{5}$  m diplopie croisée.

Le champ de fixation qui était y a cinq jours :

OEil gauche.	OEil droit.
[40° en dehors; en dedans 50°.]	[48° en dedans; en dehors 50°.]

est devenue tout différent :

G.	D.
[45° 40°]	[40° 25°]

Rappelons que le champ de fixation normal s'étend à 45° ou 50° dans toutes les directions, sauf en dedans et en bas où il est restreint par le nez et quelquefois en haut où l'arcade sourcillière le limite.

Il y a en même temps un strabisme convergent de l'œil droit de 5°; il y a donc une *parésie du droit externe de l'œil droit avec un affaiblissement des muscles internes*. On ne peut donc avoir affaire à un spasme des antagonistes.

Le 22. *Strabisme convergent de l'œil droit de 8°* ; l'insuffisance des internes et la parésie du droit externe droit est de nouveau confirmée par le champ de fixation.

G.		D.	
[41°	37°]	[43°	30°]

Nous observerons que le champ de fixation complet nous a donné la forme en cuvette de la courbe graphique que nous avons indiquée comme caractéristique des paralysies par opposition à la courbe aplatie des spasmes.

Nous consacrerons du reste un chapitre spécial à l'*insuffisance de convergence hystérique* ; on retrouve cette lésion d'une manière variable dans la suite.

8 octobre.	$\left\{ \begin{array}{l} p^c = + 8 \text{ am.} \\ r_c = - 0,5 \text{ am.} \end{array} \right\}$	$\left\{ \begin{array}{l} a^c = 8 \text{ am.} 5. \\ \\ \end{array} \right\}$
Le 12.	$\left\{ \begin{array}{l} p^c = + 2 \text{ am.} 25 \\ r_c = - 0 \text{ am.} 5 \end{array} \right\}$	$\left\{ \begin{array}{l} a^c = 2 \text{ am.} 75. \\ \\ \end{array} \right\}$

A ce moment, aucun travail rapproché des yeux n'est possible : *plus de diptopie*.

15 octobre. Diplopie homonyme de 7° à 8°, avec un strabisme convergent correspondant. La malade ne peut plus supporter l'électricité qui l'excite extraordinairement. L'acuité visuelle restait excellente et l'hypermétropie manifeste ne variait pas. Le champ visuel était excessivement rétréci pour le blanc et toutes les couleurs et surtout à droite ; à gauche ses limites étaient de 15° en dedans, de 13° en haut, de 32° en dehors et de 23° en bas ; à droite, de 10° en haut, de 15° en dedans, de 5° en bas et seulement de 2° dehors.

18 octobre.  $p^c = 2 \text{ am} 25$ . L'amplitude d'accommodation diminuée aussi ; elle est de 5,5 au lieu de 9 dioptries.

Le 25. Champ de fixation déterminé subjectivement.

G.		D.	
[50°	45°]	[45°	40°]

Avec un verre rouge devant l'œil droit, diplopie homonyme de 12°.

— — — — gauche, — 3°.

5 novembre. *Diplopie homonyme de 5° à 9°* avec les verres rouges.

Cette observation est des plus singulières et des plus compliquées. Ce qui la caractérise, c'est la combinaison et l'alternance de parésies et de spasmes de différents muscles oculaires.

Ainsi la diplopie verticale qui a suivi immédiatement l'avancement musculaire était, sans aucun doute, attribuable à une contracture spastique, puisqu'elle a disparu spontanément peu de temps après, ce qui n'aurait pas été le cas si elle avait été le fait d'une insertion vicieuse du muscle opéré. De même, le strabisme convergent qui a augmenté pendant quelques jours malgré l'avancement du droit externe et alors que ce muscle était encore fixé avec des sutures au bord de la cornée, ne saurait être attribué qu'à une contracture du droit interne. Ce strabisme disparut également par la suite comme cela arrive généralement dans les contractures hystériques.

L'alternance de la paralysie nous a paru d'autant plus curieuse qu'elle se retrouve dans le cas de Duchenne. Il semble y avoir une sorte de transfert spontané de la parésie.

(A suivre.)

---

#### NOMENCLATURE DES DIFFÉRENTS ÉTATS RÉUNIS SOUS LE NOM D'INSUFFISANCE MUSCULAIRE

Par Geo F. STEVENS M. D. P. L. D. (New-York).

Les rapports des yeux l'un avec l'autre, dans l'acte de la vision, exercent des influences importantes, non seulement en produisant l'état connu sous le nom d'*asthénopie*, mais encore en engendrant un grand nombre d'autres désordres nerveux d'importance majeure.

Cette assertion une fois admise, il devient évident que les irrégularités existant dans les actions des muscles oculaires ont aujourd'hui une importance plus grande qu'à l'époque où les désordres de l'équilibre n'étaient encore considérés que comme facteurs accidentels de l'*asthénopie*. Ces désordres n'étaient, pour la plupart, soumis aux investigations, que dans une seule voie, si toutefois ils n'étaient pas entièrement mis de côté.

Il est vrai de dire que, même à l'époque actuelle, l'*insuffisance des internes* est le seul désordre des muscles oculaires,



si l'on en excepte le *strabisme* ou quelques-uns des résultats de la paralysie, qui soit mentionné dans la grande majorité des œuvres classiques. On peut même dire que l'importance de ce défaut lui-même n'existe pas dans bon nombre de ces œuvres, et qu'il n'est point du tout rare, de la part de l'oculiste, de passer à la légère sur cette condition, dans la partie pratique de son examen.

Des altérations qui produisent un trouble permanent dans l'exercice de la vision binoculaire ne doivent pas être ignorées ; le rôle des muscles oculaires dans la production de nombreux désordres nerveux est, sans contredit, de la plus haute importance.

En procédant à des recherches dans ce sens, ou en recueillant des observations, on s'aperçoit que les termes actuellement en usage sont souvent, non seulement inexacts et sujets à induire en erreur, mais encore totalement insuffisants pour décrire plusieurs des états soumis à l'observation.

Afin d'expliquer les deux facteurs de la proposition que nous venons d'énoncer, nous pouvons citer ici quelques-unes des conditions ordinaires.

En premier lieu, les expressions employées pour désigner les déviations, qui s'écartent de l'état d'équilibre physiologique, sont souvent incorrectes et aptes à induire en erreur.

Le terme *insuffisance des internes* est employé pour exprimer un état des muscles de l'œil, lequel se manifeste par l'épreuve d'équilibre de Græfe, à la distance de la lecture. Dans cette épreuve, les images vues par les deux yeux sont séparées par un prisme posé verticalement, avec sa base exactement en haut ou en bas, devant un des yeux. Si, dans ces circonstances, les images se croisent, si l'image de l'œil droit est déviée à gauche et celle de l'œil gauche, à droite, on dit qu'il existe *insuffisance des droits internes* ; sa mesure est donnée par le nombre de degrés d'un prisme, qui, avec la base vers le nez, amènera les deux images à une ligne verticale. L'expression *insuffisance des internes* est employée, dans cette circonstance, pour indiquer le fait que les muscles droits internes sont *insuffisants* pour contre-balancer les muscles droits externes. Elle implique l'idée que les

externes sont, en raison de leur état physiologique, plus forts que les internes; ou que les internes sont, comparative-ment aux autres, anormalement faibles. Par le fait même, les yeux tendront à être équilibrés en dehors, de manière à produire une traction excessive sur les muscles droits internes, dans le travail à courte-portée.

Le fait qu'un grand nombre des cas, où l'épreuve d'équilibre de Graefe montre les conditions décrites sont réellement des *insuffisances des externes*, doit se présenter à l'observateur attentif. Celui-ci découvrira souvent que, s'il fait son expérience d'équilibre tandis que les muscles sont dans un état de repos comparatif, comme quand ils sont dirigés vers un objet situé à six mètres de distance ou plus, il peut trouver une *insuffisance* très prononcée des *externes*.

Il peut même arriver qu'en plaçant un écran devant l'un des yeux, tandis que l'autre continue à regarder l'objet éloigné, l'œil voilé sera dévié en dedans d'une manière sensible. Si l'on transporte vivement l'écran sur l'œil opposé, on verra l'œil qui était couvert il y a un moment, se mouvoir en dehors, pour fixer l'objet. On peut faire des expériences diverses; elles démontreront, sans l'ombre d'un doute, que l'équilibre réel des yeux est en dedans; et cependant, lorsqu'on a fait l'épreuve du point et de la ligne de Graefe, ou toute autre épreuve analogue, pour un point rapproché, on a inscrit : *insuffisance des internes*.

Il est manifestement inexact d'affirmer que, dans une semblable disposition musculaire, les internes soient *insuffisants*, et cela surtout, lorsque, par ce terme, il est généralement admis que les muscles externes sont les plus forts. De plus, dans certains cas auxquels on attribue le nom d'*insuffisance des internes*, un des yeux se dévie réellement en dehors, tandis que l'autre se dévie en dedans.

On pourrait citer bien d'autres exemples à l'appui de cette vérité. Ce terme, dans le sens où il est employé, est apte à induire en erreur; aussi sans nous arrêter plus longtemps, qu'il nous soit permis de passer à l'autre facteur de la proposition.

Le terme *insuffisance* est tout à fait incomplet pour expri-

mer les conditions de déviation qui s'écartent de l'équilibre. De Graefe, l'un des plus grands maîtres de l'*ophtalmologie* moderne, et la plus grande autorité en fait d'*asthénopie musculaire*, a reconnu plusieurs de ces déviations. Non seulement il regardait l'insuffisance des droits internes comme une condition de grande importance, mais encore, lui aussi, a noté l'*insuffisance des externes*. Il a même opéré dans deux cas appartenant à cette catégorie; avec quel succès? nous l'ignorons. Néanmoins, nous sommes porté à croire qu'il ne regardait pas l'opération comme désirable.

Malgré ses remarquables observations, il restait encore beaucoup à apprendre dans cette voie. Tout en reconnaissant pleinement la grande autorité de de Graefe, cette étude est encore susceptible d'une extension considérable.

Une variété qui n'est pas rare, et qui entraîne les troubles nerveux, consiste dans la tendance à la déviation de la ligne visuelle d'un œil, au-dessus de celle de l'autre œil. En examinant des milliers de cas d'*insuffisances*, j'ai trouvé une proportion considérable de ces tendances.

Il n'existe aucun terme propre à exprimer cette condition d'une manière définie. On ne peut pas dire qu'il y a insuffisance de l'un ou de l'autre *droit* supérieur ou inférieur; car, dans la grande majorité des cas, il est impossible de déterminer par quelle influence spéciale l'équilibre est perdu. Nous n'avons pas ici, comme dans la paralysie des muscles, les guides définis des mouvements restreints au moyen desquels il nous est possible de déterminer la localisation exacte du désordre. Il est constant que le défaut peut renfermer un penchant de la part de l'un des yeux à dévier en haut, et de la part de l'autre œil, à dévier en bas.

Peut-être pourrait-on donner à un tel état le nom d'*insuffisance dans la direction verticale*, avec la ligne de vision, droite (ou gauche), portée à se dévier en haut. Ce serait là une expression descriptive et quelque peu étendue. Elle serait cependant encore inexacte; car, elle impliquerait une faiblesse de l'un des muscles, tandis que l'état réel peut être un excès de tension de la part de l'autre muscle. En outre, il peut exister, et souvent il existe, une combinaison de ten-

dances vicieuses dans plus d'une direction. Les yeux peuvent être enclins à se dévier dans les plans verticaux et dans les plans horizontaux; fait dont le résultat sera un penchant de la part des lignes visuelles à dévier d'une manière oblique. Le terme *insuffisance* est impuissant pour exprimer toutes ces tendances.

Il peut y avoir quelque raison plausible d'employer l'expression *insuffisance des internes* dans bien des cas; mais dans ceux qui viennent d'être cités, il nous serait impossible de parler de l'insuffisance de tel ou tel muscle oblique, sans une donnée plus certaine. En réalité, dans la majorité des exemples, ces muscles peuvent ne pas être des facteurs influents.

Il est donc nécessaire d'avoir un terme mieux approprié pour exprimer ce que l'on veut dire et rien de plus. C'est avec beaucoup d'hésitation et après nous être demandé si l'emploi de nouveaux termes relatifs à un sujet, qui a déjà occupé l'attention de bien des investigateurs habiles, ne serait pas considéré comme inutile et présomptueux, que nous nous sommes hasardé à proposer une semblable innovation. Et cependant, si un changement de cette nature doit avoir lieu dans la classification et la nomenclature de ces altérations, ce changement doit se faire avant que la littérature ne prenne une étendue plus considérable.

La première nécessité dans une classification scientifique de ces défauts musculaires, c'est la possession de termes tels, qu'avec des modifications appropriées, ils puissent exprimer exactement les conditions observées. Les termes qui ont été déjà en usage ne sont pas satisfaisants, et ne sont pas uniformément employés par les divers écrivains, pour décrire précisément des conditions identiques. Aucun terme actuellement en usage n'offre des conditions désirables sous tous les rapports.

Il nous est donc permis de choisir un mot qui exprime l'idée générale, et qui, avec des modifications appropriées, puisse expliquer ce que l'on veut dire. Un terme de ce genre ne devait pas, comme le mot *insuffisance*, aspirer à décrire la nature exacte des affections musculaires, car c'est là sou-

vent, sinon généralement, un sujet d'incertitude. Il doit plutôt indiquer la tendance, de la part des lignes visuelles, à dévier de leur équilibre physiologique, sans exprimer l'idée d'une déviation réelle de l'une des lignes visuelles. Il devrait exprimer *une tendance* à cette déviation, d'un caractère tel, que, si la force de la volonté était enlevée, cette déviation en serait le résultat.

Les lignes visuelles, dans les conditions qui nous occupent, sont coordonnées l'une à l'autre, de manière à permettre une vision binoculaire plus ou moins parfaite ; mais aux dépens d'un certain excès d'influx nerveux : c'est ce qui distingue cet état du *strabisme* ; car, tandis que, dans le premier cas, il existe une vision binoculaire habituelle, il y a, dans le *strabisme*, une diplopie habituelle, soit consciente, soit inconsciente. Il est vrai que la fusion des images est possible dans certain cas de strabisme, et qu'une légère diplopie peut devenir une habitude, jusqu'à un certain degré, dans les conditions que nous considérons. Néanmoins, une diplopie habituelle devrait être considérée, en général, comme distinguant le strabisme de ces altérations.

Le mot grec *τοπος* (tendance) semble remplir les conditions requises, et dépeint exactement notre pensée au sujet de cette classe de défauts. Partant de cette idée comme d'un centre, nous pouvons facilement exprimer chaque variété de penchant à la déviation, aussi bien que l'absence des mêmes tendances. Ainsi, les deux termes génériques *orthophorie* (*ὀρθός* droite ; *τοπος* tendance), et *hétérophorie* (*ἑτερός* différente) exprimeraient respectivement l'état normal ou un penchant à la déviation dans l'une ou l'autre direction.

Afin que ces termes puissent porter avec eux une signification précise, le rapport des lignes visuelles auquel ils sont appliqués devrait être déterminé dans des conditions uniformes. Les yeux devraient être dirigés vers un objet situé à une distance donnée, et la tête dans la position connue sous le nom de position naturelle. La distance la plus convenable pour un objet est celle à laquelle se font ordinairement les épreuves pour la réfraction, c'est-à-dire vingt pieds ou

six mètres. Cette distance est donc choisie comme étalon pour déterminer l'*orthophorie* ou l'*hétérophorie*.

Le meilleur objet à employer dans ces déterminations est une bougie allumée, contre un fond obscur. Elle doit être posée à hauteur des yeux, et à une distance de vingt pieds. S'il y a *amétropie*, les yeux doivent être munis de verres correcteurs. Dans la position naturelle, le corps et la tête doivent être droits, les yeux sur le même plan horizontal, et la ligne médiane (ligne horizontale à angle droit avec la ligne qui rattache les deux yeux) dirigée exactement vers l'objet. Dans ces circonstances, il doit exister, dans l'*orthophorie*, le minimum d'énergie musculaire.

Ces conditions observées, nous pouvons nous assurer de l'existence de l'équilibre musculaire ou de son absence, au moyen de prismes, selon le mode familier à tous les oculistes. La détermination des conditions musculaires à des points rapprochés occupera notre attention au fur et à mesure de l'examen.

Il faut se rappeler que les résultats, dans un examen de cette nature, ne sont nullement absolus. L'*hétérophorie* peut, comme l'*hypermétropie*, être partiellement ou totalement latente. En effet, de même que dans l'*hypermétropie* nous avons souvent une myopie apparente, de même, avec une tendance réelle à la déviation en dedans, on peut observer une tendance apparente à la déviation en dehors.

Les divers rapports des lignes visuelles, que l'on peut maintenant trouver, peuvent se définir et s'arranger comme il suit, en supposant toujours les muscles dans l'état de relâchement le plus complet possible.

#### I. — Termes génériques.

*Orthophorie*, — tendance des lignes visuelles au parallélisme.

*Hétérophorie*, — tendance de ces lignes vers quelque autre direction.

#### II. — Termes spécifiques.

L'*Hétérophorie* peut être divisée en :

1° *Esophorie*, — tendance des lignes visuelles en dedans.

2° *Exophorie*, — tendance des lignes en dehors.

3° *Hyperphorie* (*droite* ou *gauche*), — tendance de la ligne visuelle, droite ou gauche, à se placer dans une direction au-dessus de celle du côté opposé. — Ce terme n'implique pas que la ligne à laquelle il est fait allusion soit trop haute, mais seulement plus haute que l'autre, sans indiquer laquelle des deux est défectueuse.

### III. — Termes composés.

Les tendances dans des directions obliques peuvent être exprimées de la manière suivante :

1° *Hyperésophorie*, — tendance en haut et en dedans.

2° *Hyperexophorie*, — tendance en haut et en dehors. — Les désignations *droite* ou *gauche* doivent être ajoutées à ces termes.

En enregistrant les éléments respectifs de ces expressions composées, j'emploie le signe L. Par exemple, si l'on désire indiquer que la ligne visuelle droite penche au-dessus de sa partenaire de 3° et qu'il y a une tendance en dedans de 4°, ces faits sont inscrits comme il suit :

*Hyperésophorie droite* : 3° L 4°.

En l'absence de moyens pour produire un état uniforme de relâchement des muscles droits, comme l'*atropine* pour les muscles ciliaires, il nous faut recourir à tous les moyens connus pour nous assurer, autant qu'il est en notre pouvoir, des rapports exacts des muscles.

Toutes les méthodes autres que celle de mesurer la déviation, lorsque la diplopie se produit, doivent cependant être regardées comme auxiliaires; et la note d'*ortho* ou d'*hétérophorie* doit être inscrite d'après l'épreuve de la diplopie.

Le pouvoir des différentes paires de muscle pour vaincre les prismes devrait ensuite être déterminé. Il y a eu quelque confusion dans l'usage des termes usités pour exprimer ce pouvoir. Ainsi, les mots *adduction* et *abduction* ont été employés par de Græfe et par d'autres après lui pour exprimer



la possibilité de vaincre respectivement un prisme dont la base était en dehors ou en dedans. Ces mots ont été employés pour exprimer ce pouvoir, aussi bien quand l'objet de fixation était à une distance considérable, qu'à la distance ordinaire de la lecture. Les mêmes mots sont aussi employés pour exprimer les limites d'excursion des yeux en dehors ou en dedans, dans l'acte de la fixation. Les mots *convergence* et *divergence* ont été semblablement employés, pour exprimer différentes classes de phénomènes.

Les mots abduction et adduction sont nécessaires pour exprimer l'action de mouvoir chacun des yeux individuellement en dehors et en dedans ; les termes convergence et divergence doivent, dans tous les cas, impliquer le rapprochement des axes des deux yeux, soit dans l'acte de vaincre un prisme, soit de toute autre manière. Il pourrait donc être avantageux d'employer le mot convergence, pour indiquer la plus grande facilité à réunir les images, à une distance de six mètres, lorsqu'un prisme à base en dehors a été interposé. Le terme divergence indiquerait la limite extrême pour vaincre un prisme à base en dedans. Ce terme serait aussi moins sujet à objection, car tandis que les yeux sont habituellement dirigés dans l'abduction et l'adduction, ils sont rarement, par un effort volontaire, obligés de diverger, si ce n'est par l'action d'un prisme.

Le fait que de Græfe, dans son traité classique sur l'asthénopie musculaire, a employé les mots abduction et adduction pour indiquer la possibilité de vaincre les prismes, doit, sans aucun doute, déterminer ce point ; et c'est pourquoi ces mots doivent représenter le pouvoir divergent et convergent avec les prismes. L'étalon de distance devrait cependant être égal à celui qui est employé dans l'épreuve pour l'*ortho* et l'*hétérophorie*, savoir : six mètres.

Il arrive souvent que les images peuvent être réunies, lorsqu'un prisme est placé devant un œil, avec sa base en haut ou en bas, mais que la diplopie se produit, si le prisme est renversé, ou s'il est placé, dans sa première position, devant l'autre œil. En d'autres termes, la tendance d'une ligne visuelle étant plus haute que l'autre, le pouvoir de confondre

les i  
direc

C'  
exan  
comm  
ment

La  
devra  
prism  
gauc

Il  
yeux  
ture.

mani  
ou bi  
peut

avec  
d'ins  
sions

des y  
ports

pas t  
musc  
tions

sur l  
mani  
l'insu

Ces  
tenue  
terme

si l'or  
l'insu  
comm

Les  
dém  
dans

l'asth  
obsen



les images est plus grand quand le prisme est posé dans une direction que dans une autre.

C'est là une condition de grande importance, et aucun examen de l'équilibre musculaire ne devrait être considéré comme complet, si sa présence ou son absence n'était clairement constatée.

La faculté de surmonter un prisme, avec sa base en bas, devrait se nommer : *sursumduction*; et l'œil devant lequel le prisme est placé doit s'indiquer par ces mots : *droit* ou *gauche*.

Il reste à considérer les relations des muscles, lorsque les yeux sont dirigés sur des objets à distance ordinaire de lecture. Ces relations peuvent être analogues à celles qui se manifestent à distance, ou bien elles peuvent varier de degré, ou bien encore la direction de la plus grande force apparente peut être changée. A première vue, il semblerait qu'on dût, avec justice, appliquer à ces conditions le terme ordinaire d'*insuffisance des internes ou des externes*. Mais ces expressions ont déjà été employées pour exprimer les relations des yeux dans l'accommodation et à l'état de repos. Les rapports des lignes visuelles dans l'accommodation ne dépendent pas toujours de la force ou de la faiblesse comparative des muscles rivaux, mais ils dépendent aussi de certaines excitations nerveuses. L'habitude de maintenir une tension excessive sur les muscles extérieurs, afin de vaincre l'*ésophorie*, se manifeste fréquemment dans l'épreuve à courte portée par l'*insuffisance des internes*.

Ces considérations montrent que l'uniformité doit être maintenue dans les épreuves à courte ou à longue portée. Les termes déjà usités pour la distance peuvent donc être employés, si l'on y ajoute : *Dans l'accommodation*. C'est ainsi que, pour l'insuffisance des externes, on aurait : *Exophorie dans l'accommodation*, etc.

Les relations des muscles oculaires, ainsi qu'il a été démontré par de Græfe, devraient occuper une place importante dans le compte rendu de tous les examens des yeux pour l'*asthénopie* ou pour les autres désordres analogues. Les observations seront plus exactes si l'on a, sous la main, un

tableau des recherches à faire, et une méthode rapide et facile d'en prendre note. Dans ce but, il est commode, pour l'oculiste, de se munir de petits livrets, sur lesquels il peut rapidement prendre note des conditions qu'il trouve dans ses examens quotidiens, et qu'il peut transférer, à son temps, sur un compte rendu permanent. Ce fragment de papier est non seulement une commodité, mais il remplit encore le rôle d'un moniteur continu.

Le système de mots introduit ici pourrait paraître, à première vue, superflu et par cela même inutile; mais l'étude attentive du sujet convaincra l'observateur sincère que des termes nouveaux et plus précis sont nécessaires pour représenter des idées uniformes et exprimer un plus grand nombre de conditions, ce qui n'existe pas actuellement. Les termes proposés ici sont explicites dans leur signification; et ce système, en disposant par classes les diverses tendances à la déviation, rappelle à l'examineur les conditions qu'il doit rechercher.

---

#### NOTE SUR UN TRAITEMENT SIMPLE DE LA PANOPHTALMIE

par M. le Dr **CHIBRET** (de Clermont-Ferrand).

L'application des méthodes antiseptiques a fait disparaître à peu près complètement les panophtalmies violentes que nous observions autrefois après l'opération de la cataracte. Néanmoins, ces panophtalmies se présentent encore assez souvent à nous comme suite de traumatisme oculaire négligé.

Les malades arrivent avec un œil énorme, des douleurs atroces, tous les symptômes de la suppuration profonde avec étranglement. Le débridement, en favorisant l'écoulement du pus formé, soulage, mais le travail suppuratif continue encore pendant de longs jours.

Quant à l'énucléation et à l'exentération, ces deux opérations dépassent le but à atteindre et, comme l'une d'elles au moins n'est pas sans danger, elles me semblent devoir être proscrites.

Depuis deux ans j'ai systématiquement appliqué la méthode

antiseptique aux suppurations du globe et dans huit cas j'ai opéré comme il suit :

1° Large incision cornéenne à lambeau inférieur comme pour l'extraction de la cataracte, discision de la capsule et extraction du cristallin. Le pus sort.

2° Quand le pus liquide a cessé de s'écouler, avec des pinces à iridectomie, je vais chercher le pus concret et adhérent; une injection de sublimé dans le corps vitré alterne avec les manœuvres faites avec la pince. Je retire ainsi des lambeaux de corps vitré à demi-purulents et ne m'arrête que lorsque j'ai acquis la certitude qu'il ne reste plus dans la coque oculaire aucune trace de tissu en suppuration. Une injection qui revient claire, l'apparition du corps vitré sain, sont les signes qui permettent de reconnaître que l'on n'a pas laissé de parties suppurantes. Une dernière injection intra-oculaire de sublimé au 1/2000 terminera l'opération; un lambeau compressif est appliqué sur l'œil et j'ajoute depuis quelques mois un *collyre permanent*, à la cocaïne et à l'iodoforme tel que je les ai récemment conseillés. Comme résultat, c'est merveille de voir le calme qui suit immédiatement l'opération. Fièvre et douleur tombent dans les 24 heures.

Pendant deux jours encore, on renouvelle, à chaque pansement, l'injection intra-oculaire du sublimé et le troisième jour le malade peut retourner chez lui avec la suppuration tarie et l'œil en voie de guérison. Si je compare ce résultat à ceux que donne l'expectation ou un simple débridement, l'énucléation ou l'exentération, je crois qu'il n'est pas inutile de faire connaître une méthode simple, exempte de dangers et plus rapide dans ses bons effets qu'aucune de celles que l'on emploie actuellement.

---

## ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

**Maturation artificielle de la cataracte**, par M. ROHMER. *Assoc. pour l'avancement des sciences* (Nancy), 12 août 1886.

L'auteur produit l'opacification des couches corticales par la dissection de la cristalloïde antérieure, l'évacuation de l'humeur aqueuse par une simple ouverture à la pique, puis le massage. Trois jours après, il fait l'extraction qui lui a donné des résultats excellents. Dans un cas seulement, il fut obligé de faire l'iridectomie, d'après le procédé de Græfe-Mannhardt et même d'enlever les derniers restes des masses corticales par l'aspiration. Il pense que le lavage intraoculaire serait applicable à tous les cas.

**Troubles visuels d'origine cérébrale**, par M. LANNegrace. *Ass. pour l'avancement des sciences* (Nancy), 13 août 1886.

Les expériences ont été faites en pratiquant des extirpations cérébrales partielles au moyen du thermo-cautère. Il résume de la façon suivante les résultats qu'il a obtenus :

1° Les lésions du lobe occipital donnent plus spécialement lieu à de l'amblyopie croisée paraissant s'atténuer dans la région de la macula (zone sensorielle) ;

2° Les lésions des lobes frontal, temporal, pariétal, donnent plus spécialement lieu à l'amblyopie croisée, paraissant s'atténuer dans la région de la macula (zone sensitivo-motrice). Si une lésion atteint ces deux zones, la fonction des deux yeux est simultanément compromise. La zone sensorielle correspond au centre visuel de Munk. Cette région semble bien en rapport, par sa partie latérale externe, avec la moitié externe de la rétine du même côté, et, par la partie interne, avec la moitié interne de la rétine du côté opposé.

Dans la zone sensitivo-motrice, les régions dont l'excitation provoque des mouvements du globe oculaire sont aussi celles dont la lésion trouble plus nettement la fonction de l'œil opposé.

Les lésions de la zone sensorielle ne troublent ni la sensibilité générale, ni la motilité. Il n'en est pas de même pour la zone sensitivo-motrice ; on observe : a) dans les muscles extrinsèques de l'œil, un certain degré de parésie ; b) dans les muscles intrinsèques, un peu de paresse de l'iris ; aussi dans certaines lésions corticales le muscle choroïdien peut-il perdre une partie de son pouvoir accommodateur ; c) la conjonctive peut perdre une partie de sa sensibilité ; d) l'œil devient plus saillant, rouge.

Contrairement à ce que pensent les auteurs, les troubles visuels d'origine corticale n'impliquent pas nécessairement la lésion des expansions cérébrales du nerf optique. Le système nerveux oculaire se décompose en deux : un *sensoriel* ayant avec les centres des relations dimidiées, l'autre *sensitivo-moteur* ayant des relations *croisées*. On peut donc ainsi formuler le mécanisme des troubles visuels corticaux : 1° l'hémiamblyopie résulte de la lésion de la partie corticale de l'appareil optique sensoriel ; 2° L'amblyopie croisée résulte de la lésion de la partie corticale de l'appareil optique sensitivo-moteur.

**De l'ophthalmie scrofuleuse dans les Vosges**, par COUTURIER. *Ass. pour l'avancement des sciences* (Nancy), 13 août 1886.

Dans 17 cas, l'iritis séreuse coïncidait avec des accidents anciens ou récents de scrofule, kératites phlycténulaires, taies de la cornée, etc. Ce rapprochement de l'iritis séreuse dans un pays où les scrofuleux sont très nombreux, l'évolution simultanée de l'affection séreuse et des lésions cornéennes de la scrofule paraissent à l'auteur plaider en faveur de la nature scrofuleuse d'une notable proportion d'iritis séreuses.

**Essai sur les rapports de la tuberculose oculaire avec la tuberculose générale**, par WONTASIEWICZ. *Thèse Paris*, n° 315, juillet 1886.

Après avoir décrit rapidement la tuberculose oculaire dans ses différentes formes cliniques, l'auteur étudie avec soin l'influence de l'infection générale tuberculeuse sur l'œil. Il montre que c'est surtout la choroïde qui est prise dans ces tuberculoses secondaires, qui surviennent rarement dans le cours de la granulé aiguë, fréquemment au contraire dans la méningite tuberculeuse et quelquefois dans une période avancée de la tuberculose pulmonaire. Fait important à noter, les lésions restent tout d'abord localisées à la choroïde et au tractus uvéal : ce n'est que plus tard que le segment antérieur est atteint.

Quant à la tuberculose primitive de l'œil, admise par tous, elle peut exister dans toutes les membranes, mais ne commence jamais par la rétine, le nerf optique ou le sclérotique. Certaines tumeurs lacrymales chez les scrofuleux pourraient être tuberculeuses primitivement. La tuberculose oculaire peut se développer par contagion ; la généralisation en est possible mais pas fatale ; au niveau de la cornée le pronostic semble en être plus bénin pour l'œil et pour l'économie (Panas). Dans les cas douteux, les lésions oculaires serviront à faire le diagnostic de tuberculose ; l'inoculation dans la chambre antérieure de lapins est un excellent moyen de contrôle.

**De la névrite optique rhumatismale, par V. Rot. Thèse Paris, 22 juillet 1886.**

L'auteur rapporte, d'après M. Parinaud, plusieurs observations où l'action du froid d'une part, les antécédents rhumatismaux, les accidents oculaires concomitants tels que sclérite de l'autre, semblent plaider en faveur de l'origine rhumatismale de certaines névrites optiques.

Cette variété se présente avec les caractères suivants : elle semble être toujours uniloculaire, elle s'accompagne d'œdème de la papille avec phénomènes d'étranglement assez marqués : elle altère rapidement la vision ; mais lorsqu'elle n'a pas persisté longtemps et qu'elle est convenablement traitée, l'acuité visuelle peut redevenir sensiblement normale, même lorsque l'amaurose a été complète comme dans l'Obs. II. Comme traitement, on donne le salicylate de soude au début, l'expérience ayant démontré que dans les affections rhumatismales de l'œil, ce médicament, pour être efficace, doit agir à une période peu avancée.

**The refractive character of the eyes of Mammalia, by Lang and J. BARRETT. *The roy. London opt. hosp. Reports*, XI, 2, p. 103.**

Cette étude, très sérieuse, a été faite tant sur des animaux domestiques, chats, chiens, chevaux, bœufs, etc., que sur les mammifères d'espèces très diverses composant une ménagerie. L'examen a été pratiqué au moyen de la rétinoscopie et de l'image droite avant et après l'emploi de l'atropine. D'après le relevé des auteurs, on voit que si la plus grande partie des animaux étaient hypermétropes de plus de 0, 5 D, il en est quelques-uns cependant, qui présentaient un certain degré de myopie ou même d'astigmatisme myopique, environ 7 0/0. Ceci semble indiquer qu'il y a dans la production de la myopie un autre facteur que les habitudes sédentaires ou l'influence directe de l'accommodation. Ces examens montrent, en outre, que l'œil du cheval, par exemple, est un instrument d'optique plus parfait que celui du rat ; doit-on voir dans ce fait le résultat de la sélection ? L'étude de l'astigmatisme n'est pas moins intéressante, surtout en ce qui concerne les animaux à papille en fente.

**Enucleation with transplantation and reimplantation of eyes ; G. MAY. *The med. Record*, 29 mai 1886.**

L'auteur rappelle l'historique de cette opération toute récente ; depuis la première tentative de M. Chibret jusqu'au cinquième cas publié par M. Terrier. Il fait alors la critique des résultats obtenus et il étudie les transformations qui peuvent se produire sur le globe

après sa transplantation; il s'appuie pour cela sur une série de 24 expériences dans lesquelles il a fait la transplantation de l'œil du lapin chez le chien. Généralement, quels que soient les résultats obtenus, qui ont été excellents dans quelques cas, un fait important à retenir, c'est que jamais il n'y a eu, à la suite de cette opération, la moindre élévation de la température, aucun retentissement sur l'état général, ni aucune action sur l'œil sain.

**Hard chancre of the eyelids and conjunctiva**, by D<sup>r</sup> DE BECK. *Inaug. dissertation. Am. ophth. Society.* July 1886.

Cette étude, très complète, s'appuie sur une longue série d'observations (94) et sur un certain nombre de cas personnels. Au point de vue de la fréquence, il ressort qu'il n'est pas de service spécial où on n'ait occasion chaque année d'en observer un ou plusieurs cas. L'infection peut se faire de bien des façons différentes, mais un fait intéressant, c'est que les individus affectés sont fréquemment porteurs de blépharites ciliaires avec ulcérations. Quant au siège, très rarement situé au niveau de la conjonctive bulbaire, on le trouve le plus souvent sur le rebord et dans l'angle interne des paupières, quelquefois dans le fond du cul-de-sac supérieur. Il présente alors une gravité plus grande au point de vue de la fonction : on a signalé des adhérences, des altérations profondes de la cornée. Le plus souvent cependant la terminaison est plus simple, la cicatrice est très peu apparente et n'entraîne aucun inconvénient.

**De la oftalmía purulenta del recién nacido.** D<sup>r</sup> OHIO, Madrid, 1886.

Dans cette monographie très complète de l'ophtalmie des nouveau-nés, l'auteur montre que cette affection donne plus d'un tiers de la population des asiles d'incurables. La cause la plus fréquente est certainement l'inoculation par les liquides vaginaux; mais il faut aussi tenir compte de la contagion par les autres enfants; aussi donne-t-il des conseils pratiques pour les mères et les personnes chargées des premiers soins. Il conseille l'emploi de l'acide borique ou bien la méthode de Crédé : mais il est, en outre, nécessaire que les gouvernements prennent des mesures énergiques en vue de la prophylaxie de cette terrible affection : hôpitaux vastes et spacieux, soins rigoureux immédiatement après la naissance, etc.

**La vue aux aveugles par la cornée artificielle**, par E. MARTIN. *Académie de médecine*, 20 juillet 1886.

Le procédé de l'auteur consiste à faire subir à l'œil une rotation sur son axe de 40° à 45°, soit en dehors, soit en dedans et à introduire dans la sclérotique, loin de la zone ciliaire, une monture en or, de forme cylindrique, disposée pour recevoir un petit bouchon

de cristal par lequel la lumière pénètre directement dans la cavité oculaire.

**Étude sur le pronostic des troubles de l'humeur vitrée**, par L. PORTERET.

*Thèse doct. de Lyon, 1886.*

Les troubles du vitreum, le plus souvent d'origine diathésique, ne surviennent guère avant l'âge de 15 à 20 ans et offrent la plus grande fréquence de 30 à 40 ans. Par ordre de fréquence, les causes sont les suivantes : syphilis (1/4), myopie (1/5), hémorrhagies (1/7); puis viennent la tuberculose, l'ophtalmie sympathique, le traumatisme, enfin l'onanisme. Dans la syphilis, les troubles du vitreum surviennent à la seconde période, mais ils sont suivis assez fréquemment de guérison (1/3). Dans la myopie, le pronostic des troubles vitréens est grave et se confond avec celui de la choroïdite symptomatique : quant aux troubles d'origine sympathique, ils guérissent par l'énucléation de l'œil sympathisant. Il semble, d'après la marche, que les troubles ayant débuté assez brusquement, ont un pronostic relativement plus bénin. Le traitement général a la plus grande influence dans la syphilis en particulier; les injections de pilocarpine ont des effets incertains. Les courants continus ont une action, surtout dans les cas de syphilis avec ou sans complications et lorsqu'ils sont peu volumineux. Cette action est, au contraire, contestable pour les gros corps flottants; ils sont nuisibles dans les cas de choroïdite myopique.

**De l'épiphora ataxique**, par F. PETROLACCI. — *Thèse, Montpellier, 28 mai 1886.*

Il existe un larmolement qui paraît être sous la dépendance non seulement de l'ataxie proprement dite, mais encore d'un certain nombre d'états nerveux, tels que l'hystérie, ainsi que dans l'anémie. Cet épiphora essentiel existe en dehors de toute affection des voies lacrymales ou des paupières. Il a pour caractère d'être double, d'augmenter d'une façon intermittente au réveil, le soir à la lumière de la lampe, au moindre travail exigeant un effort visuel; enfin dans certains cas, il redouble après le repas. Observé chez des ataxiques avérés il y aurait, d'après l'auteur, une relation de cause à effet avec la maladie générale.

**Traité pratique des maladies des yeux chez les enfants**, par DE SAINT-GERMAIN et VALUDE. — *Paris, O. Steinheil, 1887.*

Ce livre présente une étude très complète de l'ophtalmologie infantile. Comme le fait remarquer M. le professeur Panas, dans la préface, nul mieux que les auteurs n'était préparé à une pareille œuvre qui est utile pour tous les médecins. Cet ouvrage est divisé en quatre parties dont nous ne pouvons donner qu'un aperçu rapide.



I. — *Troubles dans les fonctions de l'appareil de la vision.* — Les déviations oculaires sont dues soit à des paralysies qui présentent un intérêt particulier en raison de leur étiologie spéciale, soit plus rarement à des spasmes, sans anomalies de réfraction. Puis vient l'étude du strabisme qui est faite avec le plus grand soin, surtout en ce qui concerne le traitement orthopédique et opératoire. Les auteurs préfèrent l'avancement musculaire à l'avancement capsulaire dans les degrés élevés de strabisme, ils en donnent les règles précises. Les chapitres suivants contiennent l'étude des troubles de la réfraction statique et de l'accommodation ; toutes les explications trop mathématiques ont été soigneusement écartées et cette partie si difficile de l'ophtalmologie est expliquée avec une grande clarté. Un chapitre sur l'hygiène visuelle de la deuxième enfance, sur les conditions d'éclairage, de position, de durée du travail, termine cette première partie.

II. — *Affections organiques du globe de l'œil.* — Nous remarquons les chapitres consacrés à l'ophtalmie purulente et à la conjonctivite diphtéritique. Le traitement de la première doit être avant tout prophylactique et s'adresser à la mère et à l'enfant par l'usage de solutions antiseptiques et de la méthode de Crédé. La base du traitement curatif est l'emploi du nitrate d'argent (solutions 3 0/0 ou crayon mitigé), les cautérisations étant répétées toutes les douze heures, du moins au début, les compresses glacées, les lavages antiseptiques, les scarifications, forment le reste de la thérapeutique. Quant à la conjonctivite diphtéritique elle est une manifestation de l'empoisonnement général. Dans le service de M. de Saint-Germain, sur 6 enfants traités pour cette conjonctivite, 3 ont dû être transportés au pavillon d'isolement pour angine concomitante. Cette affection débute par un gonflement des paupières qui n'est en rapport ni avec la qualité, ni avec l'aspect de la sécrétion, la conjonctive est marbrée ; bientôt des eschares se détachent et leur réparation aboutit à la formation de cicatrices vicieuses, entraînant la déviation des paupières et toutes leurs conséquences. Au début, on emploiera les compresses glacées, l'onguent napolitain appliqué directement sur la muqueuse, le calomel à l'intérieur. Lorsque l'infection n'aura plus besoin d'être combattue, on essaiera de ramener la vascularisation par l'emploi des compresses chaudes, mais il faut éviter toute cautérisation et toute scarification.

Sous le nom d'ophtalmie scrofuleuse on doit entendre une inflammation survenant sur un œil soumis depuis plus ou moins longtemps à l'irritation scrofuleuse, à la kératite vasculaire, par exemple. Les symptômes pourront simuler l'ophtalmie purulente ; elle en diffère cependant et doit être traitée d'une toute autre façon, en évitant la médication substitutive. Dans le chapitre des kératites, signalons l'étude de la kératite interstitielle, kératite non pas herédo-syphili-

tique (Hutchinson), mais cachectique (Panas). Les auteurs ne repoussent pas l'influence de la syphilis héréditaire, mais elle ne joue son rôle que pour amener la débilitation de l'organisme.

Dans la III<sup>e</sup> partie (*affections des annexes de l'œil*) sont traitées surtout la blépharite scrofuleuse, les tumeurs érectiles des paupières, le ptosis congénital, et toutes les opérations pratiquées contre les déviations du bord palpébral.

Enfin, dans une dernière partie, les auteurs donnent quelques conseils généraux sur le diagnostic et le traitement des affections oculaires, sur l'exploration des différentes parties de l'œil, sur l'examen subjectif de ses fonctions et sur l'examen objectif des parties profondes. — Un formulaire, donnant la plupart des médicaments d'usage courant en ophtalmologie, est placé à la fin du volume.

**Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes de l'iris; rôle du traumatisme et de la greffe, par E. MASSE. — Paris, Masson, 1885.**

L'auteur s'est attaché à grouper un certain nombre de tumeurs bénignes de l'iris reconnaissant pour cause le traumatisme, qui joue un rôle important non seulement dans leur formation, mais encore dans leur développement. — Pour expliquer l'origine des kystes et des tumeurs perlées que l'on voit se développer après les plaies pénétrantes de la cornée, M. Masse admet que des fragments très petits d'épiderme, d'épithélium cornéen, de conjonctive ou même des cils, peuvent être introduits dans la chambre antérieure et former sur l'iris une véritable greffe. Dans une série d'expériences qu'il a instituées sur les animaux, il produit à volonté des tumeurs en introduisant dans la chambre antérieure de l'œil de petits fragments de ces divers tissus qui viennent se greffer sur l'iris. L'étude clinique montre, d'autre part, dans un certain nombre d'observations, la présence de cils dans la chambre antérieure ou situés au milieu de tumeurs perlées. Mais la théorie de la greffe pourrait encore être indiquée lorsque l'œil a subi une violente contusion, sans plaie pénétrante; c'est qu'alors des éléments épithéliaux, détachés de la face postérieure de la cornée ou de la face antérieure de l'iris peuvent venir se greffer sur la face antérieure du diaphragme irien et produire, après leur déplacement et leur greffe, des tumeurs analogues à celles qui se forment après les plaies pénétrantes de la cornée. Le mécanisme de l'inclusion et de la greffe explique encore les tumeurs dermoïdes de l'iris : les germes de ces tumeurs pourraient exister bien avant la naissance dans l'iris jusqu'au moment où un traumatisme surviendrait pour leur donner une impulsion nouvelle et provoquer leur développement.

En généralisant cette étude d'anatomie pathologique à un certain nombre de tumeurs, on pourrait peut-être expliquer leur étiologie.

**La conjonctivite chrysophanique**, par A. TROUSSEAU. — *Annales de dermatol. et syphil.*, mai 1886.

Depuis quelque temps les dermatologistes badigeonnent la surface tégumentaire des malades atteints de psoriasis avec un onguent ayant pour base l'acide chrysophanique. Trousseau a remarqué que, dans un bon nombre de cas, cette application donnait lieu à une conjonctivite sèche, sans sécrétion, avec sensation de douleurs vives ; l'affection disparaît d'elle-même au bout de huit à dix jours, mais on est le plus souvent obligé d'interrompre le traitement par l'acide chrysophanique. Trousseau croit qu'il s'agit bien d'une conjonctivite due à l'absorption du médicament. L'application locale sur la conjonctive donne lieu à une sécrétion muco-purulente abondante et non à cette conjonctivite sèche particulière.

**Three cases of cystic degeneration of retinae**, par LAW FORD. — *The royal London ophth. hosp. Reports*, XI, 2, p. 408.

Cette altération régressive est très rare. L'auteur n'en a trouvé que 3 cas sur 600 globes examinés au musée de Moorfield ; elle se produit seulement dans les décollements complets de la rétine. La poche fait saillie à la surface externe de cette membrane, en rapport avec l'espace sous-rétinien. Son liquide est un contenu albumineux avec de nombreux grumeaux. Autour de la base d'implantation, on trouve de nombreuses granulations pigmentaires. Les fibres de Müller, dont quelques-unes sont hypertrophiées, sont le plus souvent allongées, étalées à la surface. Les espaces qui doivent former les kystes ne résultent pas seulement de la dissociation de ces fibres, mais bien plutôt de leur destruction. Contrairement à l'opinion d'Iwanoff, le point de départ paraît être la couche granuleuse externe ; quant à la cause, l'auteur ne se prononce pas.

F. DE LAPERSONNE.

**Il sublimato corrosivo nella cura delle congiuntivi infettive. Studio Clinico**, par le Dr L. GUAITA.

Les travaux publiés depuis quelques années ont attiré l'attention de tous les savants sur l'excellence de la solution de sublimé comme antiseptique. L'auteur résume, en les complétant, les recherches de ses devanciers.

On peut employer la solution de sublimé au titre de 1 pour 2000, pour la désinfection momentanée et profonde d'un foyer infectieux quel qu'il soit : la solution plus faible à 1 pour 7000 servira aux lavages, aux applications permanentes de compresses sur l'œil, etc...

Mais dans la conjonctivite infectieuse où l'on n'a pas à redouter

l'action caustique du médicament, on peut user de doses beaucoup plus fortes ; le Dr Guaita se sert alors de solutions à 1 pour 400, et dans les cas exceptionnellement sérieux, à 1 pour 300. Ces solutions sont plus antiseptiques ou aussi caustiques que celle de nitrate d'argent à 2 pour 100 et elles sont mieux tolérées par les malades.

A l'appui de cette méthode thérapeutique, le Dr Guaita fournit un ensemble de 20 observations dans lesquelles les résultats ont été très satisfaisants.

**Voluminosa exostosi dura dell' orbita demolita conservando il globo oculare,** par le Dr GUAITA.

On sait combien les tumeurs osseuses de l'orbite présentent parfois de difficultés opératoires. Nous ne pouvons ici citer les cas où l'ablation de la tumeur a dû rester incomplète, soit à cause de son implantation profonde, soit à cause de sa pénétration dans l'intérieur du crâne. Ce qui est ordinaire, même dans les cas favorables, c'est l'obligation de sacrifier l'œil pour rendre possible l'extirpation du néoplasme.

M. le Dr Guaita a eu la bonne fortune de pouvoir réussir à souhait son opération sans intéresser l'œil du patient. Celui-ci est actuellement guéri.

**Du développement phylogénétique de l'organe visuel des vertébrés,** Discours, par M. le professeur P.-J. NUEL. Liège, 1885.

Le discours dont nous allons essayer de donner une idée est celui par lequel le professeur Nuel a inauguré son enseignement physiologique et ophtalmologique à la Faculté de Liège, en remplacement du Pr Fuchs.

Élève distingué du savant Donders, le professeur Nuel avait su gagner toute l'estime de ce maître éminent par ses grandes qualités de chercheur. Son ardeur scientifique ne s'était pas cantonnée dans l'ophtalmologie, car on connaît de lui d'importantes recherches sur l'innervation du cœur et sur l'appareil de l'audition. Aujourd'hui M. Nuel semble faire entier retour à la science ophtalmologique et nous nous en réjouissons, en tenant pour heureuse et bien inspirée la Faculté de Liège qui a su s'acquiescer un tel collaborateur.

*Le nerf optique est l'homologue d'une ou de plusieurs racines postérieures des nerfs cérébro-spinaux, et la rétine l'homologue d'un ou de plusieurs ganglions spinaux ou inter-vertébraux.*

Telle est la formule principale qui se dégage du discours et des recherches de M. le Pr Nuel. Le bien fondé de cette assertion est prouvé par de nombreuses préparations faites sur des embryons de *Petromizon Planeri* ; celles-ci montrent, de chaque côté de l'axe neural, un cha-

pelet d'organes homologues et semblables, qui comprennent tout aussi bien les origines du nerf optique que celles des nerfs périphériques. Ces organes homologues seront plus tard : dans les nerfs généraux, les racines postérieures et leurs ganglions, dans le nerf de la deuxième paire, le nerf optique et la rétine.

Mais dira-t-on : 1° le nerf optique est creux dès son origine, tandis que les ébauches des autres nerfs sont solides ; 2° les autres nerfs centripètes naissent de la partie dorsale du tube neural, tandis que le nerf optique naît du côté ventral de ce tube.

Or : 1° l'examen de certains ganglions intervertébraux, notamment ceux du poulet (His), ceux du *Bombinator igneus* (Götze) montrent qu'ils sont creux à l'origine ; 2° le nerf optique n'apparaît émaner du côté ventral que si on l'examine à l'état de complet développement, alors que l'axe nerveux a subi sa torsion et son inflexion en avant. Qu'on redresse par la pensée le système nerveux central, qu'on efface la courbure céphalique et l'on verra la deuxième paire crânienne sortir en réalité de la paroi dorsale du tube neural, à l'extrémité antérieure de celui-ci.

La même observation permettra de reconnaître que la bandelette optique constitue réellement non pas la deuxième paire crânienne, mais bien la première.

Mais si l'on admet l'homologie entre la rétine et le ganglion des racines postérieures spinales, que devient la partie périphérique des nerfs, comment trouver l'analogie de ceux-ci dans l'appareil visuel ? Ici existe, à la vérité, une difficulté, car cette homologie ne se constate point anatomiquement. Toutefois, si l'on se reporte à certains nerfs crâniens, tels que l'olfactif, par exemple, on voit qu'entre le ganglion de ce nerf et le revêtement épithélial se trouvent interposées des fibres nerveuses qui ne pénètrent pas dans les cellules épithéliales elles-mêmes. Puisque les fibres des autres nerfs ne pénètrent point dans les cellules épithéliales, il n'y a pas plus de raison pour que le cristallin qui constitue dans l'œil l'organe épithélial, soit en rapport direct avec les extrémités nerveuses.

Une dernière preuve à l'appui de l'homologie du nerf optique et des racines postérieures, de la rétine avec les ganglions intervertébraux, du cristallin avec un épithélium sensoriel, est l'observation curieuse de certains poissons osseux, chez lesquels les organes de la ligne latérale ont subi de telles modifications qu'ils se sont transformés en yeux véritables.

Ces divers faits d'embryologie oculaire ont un intérêt puissant, que tout le monde appréciera, à cette heure où la phylogénie compte mieux que des partisans, mais des enthousiastes. Une aussi courte analyse n'en saurait donner qu'un aperçu tout à fait insuffisant, et nous ne saurions trop engager ceux qui sont pris d'intérêt pour les études embryologiques à lire le discours de M. Nuel. Pour être ex-

posées avec concision, les différentes propositions que nous avons énumérées, sont poursuivies avec une méthode qui ne laisse dans l'esprit du lecteur aucun point obscur.

**On a case of meningitis after excision of the eyeball**, par le Dr NETTLESHIP. *Opht. Soc. Transact.*, vol. VI.

Le travail du Dr Nettleship fournit un exemple de plus à cette série malheureuse d'observations d'après lesquelles des sujets opérés d'une simple excision oculaire, ont succombé postérieurement à la méningite. Avec une très complète bibliographie à l'appui, M. le Dr Nettleship recherche les conditions et les causes de cette funeste terminaison. Il est à penser que la méthode antiseptique, en se perfectionnant encore, arrivera à écarter tous ces accidents redoutables qui sont tous de nature infectieuse.

**Ophthalmoscope électrique de Giraud-Teulon.** — M. Giraud-Teulon communique à l'Académie de médecine (séance du 7 décembre) un ophthalmoscope binoculaire renfermant en lui-même une source lumineuse électrique, de telle sorte que l'œil peut être exploré directement sans le secours de la réflexion par un miroir. Ceci est une application pure et simple de l'instrument présenté au dernier Congrès français d'ophtalmologie (Paris, avril 1886), par le Dr Juler (de Londres). Cet auteur a exposé le mécanisme d'un ophthalmoscope monoculaire actionné par la lumière électrique.

L'instrument de M. Giraud-Teulon permet de se servir des deux yeux à la fois.

---

Le troisième fascicule du tome III du *Traité complet d'ophtalmologie* de de Wecker et Landolt vient de paraître. Ce fascicule clôt ce volume dont les deux premiers étaient consacrés à la réfraction et l'accommodation; il contient les amblyopies et amauroses, par J.-P. Nuel, et les anomalies des mouvements des yeux, par Landolt et Eperon.

Nous donnerons dans le prochain numéro des *Archives* une analyse de ces importants ouvrages.

Dr VALUDE.

---

## REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

ANNÉE 1886. — 2<sup>e</sup> TRIMESTRE

Par F. DE LAPERSONNE.

## § 1. — GÉNÉRALITÉS.

## A. — TRAITÉS GÉNÉRAUX. RAPPORTS, COMPTES RENDUS.

1. ALT. Report of the ophthalmological part of the section. *Am. Journ. of Ophthalm.*, III, n° 5, p. 127. — 2. BEGUE. Société ophtalmologique du Royaume-Uni. *Bull. clin. nat. des Quinze-Vingts*, IV, 1, p. 50. — 3. Bericht über die Wirksamkeit seiner Augenklinik in den Jahren 1884 et 85 nebst Bemerkungen über Staaroperationen von Dr Meyerhæfer. *Görlitz*. — 4. BERRY. Subjective symptoms in eye diseases. *Edinburg med. Journ.*, n° 371, p. 1025. — 5. CICARDI. La clinica oculistica di Pavia nell'anno scolastico 84-85. *Ann. di ottalmol.*, XV, 1, p. 40. — 6. Congrès ophtalmologique du 26 au 30 avril. *Progrès médical*, n° 21. — 7. COOMES. Clinical notes of cases. *Americ. Journ. of ophthalm.*, III, n° 5, p. 111. — 8. CORRADI. Della cecità in Italia e dei modi di prevenirla. *Milano*, 1886. — 9. DESPAGNET. Soc. franç. d'ophtalmologie, 4<sup>e</sup> session. *Recueil d'ophtalm.*, n° 5, p. 282. — 10. FIEUZAL et HAENSELL. Coup d'œil sur les laboratoires spéciaux. *Bull. de la clin. nat. des Quinze-Vingts*, IV, 1, p. 1. — 11. GALEZOWSKI. Conférences cliniques d'ophtalmologie. *Progrès Médical*, n° 22, p. 455. — 12. HIRSCHBERG. Beiträge zur Pathologie der Sehorgans. *Centralb. f. p. Augenheilk.* april. — 13. LUNDY. Ophthalmic notes. *Am Journal, of ophthalm.*, III, n° 5, p. 122. — 14. MAGNUS. The blind of the city of Breslau in the year 1884. *Arch. of ophth.*, XV, 1. — 15. MASSELOU. Précis d'ophtalmologie chirurgicale. *Paris J.-B. Baillière*, 1886. — 16. Ophthalmological Society of the United Kingdom. *British med. Journ.*, n° 1324, p. 929 et *Ophth. Review.*, V, n° 54, p. 111. — 17. RAMPOLDI. Ulteriori notizie e considerazioni intorno a uno memorabile caso clinico. *Ann. di Ottalm.*, XV, 1, p. 11. — 18. SIMI. Ospedali riuniti di Lucca. *Bollettino*, VIII, n° 9, p. 253. — 19. Società ottalmologica italiana, *Annali di Ottalm.*, XV, 1, p. 66. — 20. Société franç. d'ophtalmologie, 4<sup>e</sup> congrès. *Ann. d'oculistique*, XCV, p. 199. — 21. WELDMANN. Clinical observations. *Am. Journ. of Ophthalm.*, III, n° 4, p. 104. — 22. Zweiundzwanzigster Jahresbericht vom 1 J. 85 bis, 1 jan. 86 im Auftrag des Comites veröffentlicht von prof. Schliess Gemuseus. *Basel*, 1886.

## B. — ANATOMIE.

1. BIRNBACHER. A congenital anomaly at the posterior pole of the eye. *Arch. of ophthalm.*, XV, n° 3, p. 253. — 2. HAENSELL. Recherches sur le corps vitré (développement et histogénèse). *Bull. de la clin. nat. des Quinze-Vingts*, IV, 1, p. 30. — 3. HIRSCHBERG. Lues congenita als Ursache schwerer Augenleiden. *Centr. f. p. Augenheilk aprîl*, p. 97. — 4. LANG AND BARRETT. The refractive character of the eyes of mammalia. *The roy. London ophth. hosp. Reports*, XI, july, p. 104. — 5. MATTHIESSEN. Ueber den physikalisch-optischen Bau des Auges der Cetaceen und der Fische. *Arch. f. d. ges. Physiologie*, XXXVIII.
1. BIRNBACHER. Chez un sujet myope, mais ayant une assez bonne acuité visuelle et pas de scotome central, on observait, au niveau de la macula, une saillie circulaire, entourée de pigment et recouverte par la choroïde restée normale; l'étude de la réfraction montrait que cette plaque pouvait avoir environ 5 millimètres de hauteur. L'auteur pense qu'il s'agit d'une sorte d'invagination de la sclérotique au pôle postérieur de l'œil. Ce qui plaide beaucoup en faveur de cette hypothèse, ce sont les bords taillés à pic et l'absence de scotomes.

## C. — PHYSIOLOGIE.

1. CHARPENTIER. L'inertie rétinienne et la théorie des perceptions visuelles. *Arch. d'ophtalm.*, VI, n° 2, p. 114. — 2. CHARPENTIER. Propagation de la sensation lumineuse aux zones rétinienne non excitées. *Progrès médical*, III, n° 19, p. 396. — 3. CHARPENTIER. Illusion visuelle, *Bull. Acad. des sciences*, 24 mai. — 4. CHARPENTIER. La sensibilité lumineuse et l'adaptation rétinienne. *Arch. d'ophtalm.*, VI, n° 3, p. 196. — 5. EXNER. Ueber die Functionsweise der Netzhautperipherie und den Sitz der Nachbilder. *Græfe's Arch. of Ophthalm.*, XXXII, 1, p. 233. — 6. GIFFORD. The direction of the lymph-stream in the eye. *Arch. of ophthalm.*, XV, n° 2, juin, p. 153. — 7. HEDDAENS. Die Pupillarreaction auf Licht, ihre Prüfung, Messung und klinische Bedeutung. Nach rein praktischem Gesichtspunkten. *Wiesbaden-Bergmann*, 1886. — 8. VON HELMHOLTZ. Handbuch der physiologischen Optik. *Leipzig. L. Voss*, 1886. — 9. PARI-NAUD. Anesthésie de la rétine, contribution à l'étude de la sensibilité visuelle. *Ann. d'oculistique*, XCVI, 1 et 2, p. 38.
3. CHARPENTIER. Lorsque l'œil regarde pendant quelque temps, dans une complète obscurité, un objet immobile de petit diamètre et faiblement éclairé, il arrive très souvent que cet objet paraît nettement se mouvoir dans une direction déterminée du champ visuel.



Il est possible de provoquer volontairement le déplacement apparent de l'objet dans un sens déterminé. Le phénomène n'est pas dû à un déplacement inconscient de l'œil ; il semble reconnaître pour cause les efforts inconscients se produisant dans le cerveau d'une façon presque continue en même temps qu'à l'association des idées.

#### D. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

1. FALCHI. Sull'istogenesi della retina e del nervo ottico, e contribuzione alla patologia della retina. *Gazetta della clinica*, I, n° 2. — 2. NORDENSOHN. Ein Fall von Cavernosen Aderhautsarcom mit Knochenschaaale bei einem elfgeirigen Mädchen. *Gräfe's Archiv.*, XXXI, 4, p. 59. — 3. VASSAUX. Sur la bactériologie du chalazion. *Soc. de biologie*, 19 juin.
3. VASSAUX, contrairement à MM. Poncet et Boucheron, pense que dans les chalazions non ulcérés il n'existe pas de microbes, les diverses méthodes de coloration et des cultures faites avec soin n'ont pu lui révéler de microbes ; il mentionne une cause d'erreur dans les granulations nucléiennes que l'on rencontre dans les cellules en voie de karyolise ou de karyokinèse, si l'on ne pousse pas assez loin la décoloration.

#### E. — PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

1. ABADIE. Des manifestations oculaires tardives de la syphilis et de leur traitement. *Ann. d'oculistique*. XCV, 5° et 6°, p. 250. — 2. ANDERSON. On latency in cerebral tumour. A case of relapsing neuritis. *Ophthalm. Review*, n° 55, p. 121. — 3. BADAL. Recherches statistiques sur les manifestations oculaires de la syphilis. *Arch. d'ophtalm.*, VI, n° 2, p. 104. — 4. DEEREN. Exophtalmie double due à une myélite aiguë circonscrite. *Recueil d'ophtalm.*, VIII, n° 6, p. 337. — 5. Exophtalmic goitre. *Ophthalm. Society*, 6 mai. *Ophthalm. Review*, n° 55, p. 139. — 6. LEBER. Über das Vorkommen von Iritis und Iridochoroïditis bei Diabetes mellitus und Nephritis. *Gräfe's Archivs*, XXXI, 4, p. 183. — 7. LANDESBURG. Affections of the eye dependent upon hysteria. *Journ. of Nervous and mental diseases*, XIII, n° 2. — 8. LINNARTZ. Das Auge des Taubstummen. *Aachen*, 1886. — 9. MOORE. Gummata of the right corpus striatum with double optic neuritis. Atrophy. *New-York med. Journ.*, n° 387, p. 496. — 10. OPPENHEIM. Fall von gummoser Erkrankung des chiasma Nervorum opticorum. *Arch. of path. Anatomie*, CIV, 2. — 11. REDARD. Rapport entre les affections dentaires et certains troubles oculaires. *Revue clin. d'oculist.*, n° 5, p. 102. — 12. SAMELSON. On diabetic diseases of the eye (Translat. Elliot). *London med. Record*, n° 132. — 13. SQUIRE

Exophthalmic goitre and other cases with enlargement of the thyroid. *Lancet*, 3271. — 14. WIESINGER. Ueber das Vorkommen von Entzündung der Iris und Cornea bei Diabetes mellitus. *Græfe's Archives*, XXXI, 4, p. 230. — 15. WOLD. Exophthalmic goitre, family predisposition. *British med. Journal*, n° 1326, p. 1021.

## F. — THÉRAPEUTIQUE.

1. FALCHI. Dell' azione del cloridrato di pilocarpina sull' ampiezza d'estensione dell' accomodamento dopo passato l'effetto miotico nell' iride. *Giornale del R. Acad. di Torino*, 6. — 2. GELLÉ. Ophthalmotonométrie. *Gaz. des hôpitaux*, n° 58, p. 164. — 3. GELLÉ. Ophthalmotonométrie. *Soc. de chirurgie*, 15 mai. — 4. GILLET DE GRANDMONT. Névrite optique et condylome de l'iris traités par les injections de peptonate d'hydrargyre et suivis de guérison. *Recueil d'ophtalm.*, n° 4, p. 230. — 5. HERSCHEL. Beobachtungen über das Cocaïn bei einer grosseren Reihe von Augenoperationen. *Deutsche med. Wochensch.*, n° 20, p. 340. — 6. PFLUGER. Pathologische und Physiologische Wirkungen des Cocaïn, Irisbewegung mydriatische Wirkung des Atropin. *Klin. Monatsb. f. Augenh.*, XXIV, p. 169. — 7. TROUSSEAU. L'iodol en thérapeutique oculaire. *Union médicale*, 22 mai. — 8. WECKER. Un dernier mot sur le jequirity. *Revue clin. d'oculist.*, avril. — 9. WECKER. Injections et pansement à l'ésérine et antiseptie oculaire. *Ann. d'oculist.*, XCV, p. 121.
2. GELLÉ. Cette méthode est basée sur la transmission du son à travers le globe de l'œil; l'auteur a modifié dans ce but le téléphone rotidien de d'Arsonval. Si la tension est diminuée, il est nécessaire d'augmenter les degrés du courant induit, ce qui se fait très simple ment au moyen de la pression d'un bouton, la transmission d'abord nulle ou très faible, s'accroît à la pression : une échelle graduée mesure l'intensité du courant nécessaire. Dans le cas de tension exagérée, on n'a aucune oscillation du son, il faut accroître l'intensité du courant pour que la transmission ait lieu.
7. TROUSSEAU. L'iodol, combinaison de l'iodo et du pyrrhol, paraît avoir des propriétés analogues à l'iodoforme sans en avoir la mauvaise odeur : il s'emploie en pommade au cinquième, et en solution au vingtième. Il paraît avoir eu une action heureuse dans les blépharites ulcéreuses, les conjonctivites chroniques et certaines formes de kératites vasculaires : très efficace surtout dans les kératites phlycténulaires et les ulcères torpides de la cornée.

## B. — RÉFRACTION. ACCOMMODATION.

1. CHAUVEL. De la constatation objective de l'astigmatisme par les images cornéennes au conseil de revision. *Arch. de med. et pharm. militaires*, 16 mai. — 2. CHIBRET. Skiascopie, ses avantages, sa

place en ophtalmologie. *Arch. d'ophtalm.*, VI, n° 2, p. 146. — 3. CULBERTSON. Some thoughts on astigmatism of curvature. *Am. Journ. of ophtalm.*, III, n° 5, p. 114. — 4. GROENOUW. Beiträge zur mathematischen Berechnung der Wirkung prismatischer Brillen. *Inaug. dissert.* Breslau, 1886. — 5. HARTRIDGE. The refraction of the eye, 2<sup>e</sup> éd. London-Churchill, 1886. — 6. IMBERT. Calcul de l'effet prismatic des verres décentrés. *Ann. d'oculistique*, XCV, p. 146. — 7. KNAPP. On the designation of the meridians in the determination of glasses and of the visual field. *Arch. of ophtalm.*, XV, n° 2, p. 207. — 8. LANG AND BARRETT. The action of eserine and pilocarpine on the accommodation. *The Roy. London opht. hosp. Reports*, XI, 2, july, p. 130. — 9. MARTIN (G.). Étude sur les contractions astigmatiques du muscle ciliaire. *Ann. d'oculist.*, XCVI, 1, 2, p. 5. — 10. RANDALL. The mécanism of accommodation and a model for its demonstration. *Am. Journ. of ophtalm.*, III, n° 4, p. 91. — 11. REYNOLDS. The prolate lens of Dr Fox. *Am. Journ. of ophtalm.*, III, n° 4, p. 95. — 12. SCHIOTZ. A case of astigmatism of the lens after iridectomy. *Arch. of ophtalm.*, XV, n° 2, p. 200. — 13. SCHIOTZ. On the most suitable method on recording optometric examinations. *Arch. of ophtalm.*, XV, n° 2, p. 203.

#### H. — SENS CHROMATIQUE.

1. DOBROWOLSKY. Ueber den Unterschied in der Farbenempfindung bei Reizung der Netzhaut an einer und an mehreren Stellen zu gleicher Zeit. *Arch. f. d. ges. Physiologie des Menschen und d. Thiere*, 1. — 2. DOBROWOLSKY. Ueber die Empfindlichkeit des normalen Auges gegen Farbentöne auf der Peripherie der Netzhaut. *Græf's Arch. f. ophtalm.*, XXXII, 1, p. 9. — 3. FAVRE. Le pronostic du daltonisme. *Arch. d'ophtalm.*, VI, n° 3, p. 229. — 4. HILBERT. Ueber die Erkennbarkeit der Farben bei herabgesetzter Beleuchtung. *Memorablien*, XXXI, 1, p. 9. — 5. RICCI. Esame ottometrico e cromotometrico al personale delle ferrovie meridionali dal 1 giugno 1882 al 31 dicembre 1884 (fine). *Bolletino*, VIII, n° 9, p. 246.

### § 2. — ANNEXES DE L'OEIL.

#### A. — PAUPIÈRES.

1. DIANOUX. Traitement du ptosis. *Annales d'oculistique*, XCV, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup>, p. 237. — 2. DUJARDIN. Ankyloblépharon partiel et symétrique. *Revue clin. d'oculistique*, n° 5, p. 98. — 3. GOUVEA. Um caso de blepharoplastia pelo processo de Gradenigo. Ectropion cicatricial circumscripto, curado pela seccao subcutanea da cicatriz, combinada com a tarsoraphia temporaria. *Revista dos cursos de facul. medec.*

*Rio Janeiro. Décemb. 85.* — 4. RAMPOLDI. Saggio di operazioni praticate sulle palpebre. *Ann. di ottalm.*, XV, 1, p. 23. — 5. WALDHAEUER. Zur Operation der Ptosis. *St-Petersburger med. Wochensch.*, n° 18.

### B. — CONJONCTIVE.

1. GIFFORD. [On the occurrence of microorganisms in the conjunctival sac in phlyctenular conjunctivitis and other conditions of the conjunctiva and cornea. *Arch. of Ophthalm.*, XV, n° 2, p. 180. — 2. HALTENOFF. Conjunctivitis gonorrhoeica without inoculation. *Arch. of ophthalm.*, XV, n° 2, p. 169. — 3. HOTZ. The excision of the retro tarsal folds and other procedures for the cure of trachoma. *Arch. of ophthalm.*, XV, n° 2, p. 147. — 4. RAMPOLDI. Granuloma ulcerato o ulcera tuberculare della congiuntiva. *Ann. di ottalm.*, XV, 1, p. 60. — 5. ROSENMAYER. Ueber diphtherische Sehstörungen. *Wien. med. Wochensch.*, n° 13. — 6. TROUSSEAU. La conjonctivite chrysophanique. *Revue clin. d'oculistique*, n° 5, p. 105.

### C. — VOIES LACRYMALES.

1. DEBIERRE. Trois cas d'hypertrophie de la glande lacrymale. *Revue gén. d'ophthalm.*, V, n° 4, p. 145. — 2. PROUT. Operations for the relief of lachrymal conjunctivitis and other injurious effects of retention of the tears. *New-York med. Journ.*, n° 387, p. 485. — 3. UNTHOFF. Fall von neuritis des rechten Nervus trigeminus mit Affection des Nervus lacrymalis und einseitigem Aufhören der Thränensecretion. *Deutsch. med. Wochensch.*, n° 19.
4. DEBIERRE. Cette affection est rare. Polaillon en cite neuf cas ; elle s'accuse par les caractères suivants : gêne, larmoiement, tumeur arrondie, non douloureuse, occupant l'angle supéro-externe de l'orbite, marche très lente. En retournant la paupière, on constate que le cul-de-sac est effacé et remplacé par une tumeur de forme oblongue, irrégulièrement bosselée ; on distingue nettement, à travers la conjonctive et le mince feuillet aponévrotique, les différents lobules de la glande. L'extraction se fait très simplement par le cul-de-sac, au moyen des ciseaux. Il s'agit très probablement d'une hyperplasie partielle de quelques lobules.

### D. — MUSCLES, VAISSEAUX ET NERFS. STRABISME.

1. BLANC. Étude sur le diagnostic du siège des lésions dans les paralysies oculo-motrices. *Arch. d'ophthalm.*, VI, n° 3, p. 243. — 2. GILLET DE GRANDMONT. Du défaut de fusion comme cause de strabisme. *Recueil d'ophthalm.*, n° 5, p. 261. — 3. RAMPOLDI. Un nuovo caso di congenito squilibrio motorio oculo-palpebrale. *Casuistica clinica*.

- Ann. di ottalm.*, XV, 1, p. 53. — 4. STILLING. On the origin of strabismus. *Arch. of ophthalm.*, XV, n° 3, p. 271. — 5. SUCKLING. Ophthalmoplegia. *British med. Journ.*, n° 1326, p. 1022. — 6. THEOBALD. A case of convergent squint associated with myopia of high grade; tenotomy, of both recti interni muscles; restoration of binocular vision, the divided muscles still retaining a preponderance of power. *Arch. of ophthalm.*, XV, n° 2, p. 191.
4. STILLING, comme Schweigger, pense que la cause du strabisme n'est pas l'hypermétropie elle-même, mais la position de repos des muscles qui est généralement associée à l'hypermétropie, c'est-à-dire la convergence. Chaque fois que l'hypermétrope veut regarder à distance, il est obligé de contracter ses muscles droits externes pour la vision binoculaire, de là fatigue de ces muscles et production du strabisme convergent. Le plus grand nombre de strabismes divergents dans la myopie n'est pas dû à l'anomalie de la réfraction, mais à la fréquence de la divergence comme position de repos des yeux myopes.

## E. — ORBITE.

1. ARMAIGNAC. Sur les nævi de l'œil et des parties voisines. *Revue clin. d'oculist.*, n° 4, p. 73. — 2. BAUDRY. Note sur un nouveau cas d'introduction de nombreux fragments de verre dans l'orbite. *Arch. d'ophthalm.*, VI, n° 3, p. 253. — 3. DELENS. Observation de tumeurs lymphadéniques des deux orbites. *Arch. d'ophthalm.*, VI, n° 2, p. 154. — 4. MC. BURNEY. Orbital Aneurysm. *New-York med. Journal*, XLIII, 12, p. 333. — 5. POLAILLON. Kyste dermoïde de la région orbitaire interne gauche. *Union médicale* 1<sup>er</sup> juin. — 6. RICHET. Tumeur de l'orbite. *Recueil d'ophthalm.*, VIII, n° 6, p. 321. — 7. WECKER. L'antisepsie comme moyen préventif des dangers de mort après les opérations orbitaires. *Paris, Lecrosnier*, 1886.

## § 3. — GLOBE DE L'OEIL.

## A. — GLAUCOME. OPHTALMIE SYMPATHIQUE. TRAUMATISMES.

1. BRADFORD. A case of enucleation with the remplacement of human globe by that of a rabbit. *Boston med. and. surg. Journ.* 17 septemb. — 2. DA GAMA PINTO. Untersuchungen über intraoculäre Tumoren. Netzhautgliome. Wiesbaden, Bergmann, 1886. — 3. DUCI. Altro tentativo d'innesto di bulbo di coniglio sull' uomo. *Casistica clinica. Ann. di ottalm.*, XV, 1, p. 51. — 4. GEPNER. Eine seltene Art von sympathischer Augenaffection. *Centralb. f. p. Augenheilk.*, mai. — 5. HIRCHBERG. Ueber Magnetoperationen. *Deutsche med. Wochensh.*, n° 24, p. 397. — 6. JAVAL. Dangers de la cocaïne dans

- le glaucome. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 20 avril. — 7. LAWFORD. On eyes containing foreign bodies at the time of excision. *The roy. London ophthalm. hosp. Reports*, XI, 2, p. 196. — 8. LANDESBERG. Zur Kenntniss des Glaucoms. *Centralb. f. p. Augenh.*, april. — 9. LANDESBERG. Zur Kenntniss des Glaucoms. Eine neue Beobachtung. *New-Yorker med. Presse*, 1, n° 6, p. 255. — 10. LAKER. Ein experimenteller Beitrag zur Lehre von der glaucomatösen Excavation, *Klin. Monatsb. f. Augenh.*, XXIV, p. 187. — 11. MARCO. Della tensione del globo oculare considerata in relazione alla sua influenza terapeutica nelle malattie dell'occhio, alla modificazione della vista ad allo stato generale di salute. *Bollettino*, VIII, n° 9, p. 237. — 12. NOBIS. Zwei Magnetoperation mit Jany's Electromagneten. *Deutsch. med. Wochensch.*, n° 22. — 13. PANAS. Du traitement de certaines formes de glaucome sans opération. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 15 juin. — 14. RAMPOLDI. Brevi considerazioni intorno a un caso di ottalmia simpatica. *Ann. di ottalm.*, XV, 1, pp. 32. — 15. ROLLAND. L'énucléation et ses conséquences. *Recueil d'ophthalm.*, n° 4, p. 213. — 16. SCHOEN. Zur Etiology des Glaucoms. *Græfe's Archivs*, XXXI, 4, p. 1.
6. JAVAL a observé à la suite de l'instillation d'un demi-milligramme de cocaïne une forte obnubilation et une dureté très marquée du globe, alors qu'il n'y avait que des phénomènes très douteux de glaucome. Il fallut de très fortes doses d'ésérine pour faire disparaître ces accidents.
13. PANAS. Les myotiques sous forme de collyre, considérés jusqu'à ce jour comme de simples palliatifs, peuvent devenir de véritables agents curatifs dans certaines formes de glaucome, celles précisément où les opérations seules se montrent impuissantes; pour obtenir des myotiques tout ce qu'ils peuvent donner, il faut en prolonger l'usage pendant un temps assez long.
16. SCHOEN pense que certaines fibres du corps ciliaire se continuent sous la choroïde, jusque sous la gaine du nerf optique. Une contraction exagérée de ces fibres par l'accommodation produirait l'excavation papillaire et un certain degré d'hypertonie. Puis, le cristallin ne pouvant plus être retenu par les fibres du muscle ciliaire, est propulsé en avant, l'iris est appliqué contre la cornée, les voies d'excrétion sont bouchées et les phénomènes douloureux apparaissent. Cette théorie expliquerait la fréquence plus grande du glaucome chez les hypermétropes et la conséquence est qu'il faut corriger exactement l'hypermétropie ou l'astigmatisme hypermétrope.

#### B. — CORNÉE. SCLÉROTIQUE.

1. GALEZOWSKI. Du traitement du staphylôme conique par une excision d'un lambeau semi-lunaire de la cornée. *Recueil d'ophthalm.*, VIII,

n° 6, p. 330. — 2. GORKÉ. Ueber den Werth der nacht bei perforirenden Wunden der Cornea und Sklera. *Breslau*, 1886. — 3. INOUE. De la sclérotomie modifiée dans les cas de staphylôme naissant de la cornée avec prolapsus persistant de l'iris. *Revue gén. d'ophtalm.*, n° 3. — 4. RAMPOLDI. Ancora due casi di congestione linfatica oculare. *Ann. di Ottalm.*, XV, 1, p. 56. — 5. TANSLEY. Kerato-Iridodescemetitis. *Am. Journ. of ophthalm.*, III, n° 4, p. 98.

## C. — IRIS.

1. BECK. A rare family history of congenital coloboma of the iris (etc.). *Arch. of Ophthalm.*, XV, mars, n° 3. — 2. SAINT-MARTIN. De l'iridectomie dans les iritis à rechute. *Thèse doct. Paris*, 1886. — 3. WALDHAUER. Eine Irianomalle. *Klin. Monatsb. f. Augenheilk.*, XXIV, p. 201.

## D. — CRISTALLIN.

1. BETTREMIEUX. Étude sur l'extraction de la cataracte. *Arch. d'ophtalm.*, VI, n° 3, p. 268. — 2. BOCK. Anatomischer Befund einer congenitalen eigenthümlich geformten Cataracta. *Klin. Monatsb. f. Augenheilk.*, XXIV, p. 227. — 3. BRETTAUER. Tre casi di riassorbimento spontaneo di catarata senile a capsula illesa. *Ann. di ottalm.*, XV, 1, p. 3. — 4. CUIGNET. Accidents après l'opération de la cataracte. *Recueil d'ophtalm.*, n° 5, p. 257. — 5. FALCHI. Sulla lussazione del cristallino sotto la congiuntiva. *Ann. di ottalm.*, XIV, 4. — 6. GALEZOWSKI. Cataractes capsulaires. *Progrès médical*, n° 17, p. 349. — 7. GALEZOWSKI. Instructions générales pour l'opération de la cataracte. *Recueil d'ophtalm.*, n° 4, p. 193. — 8. GALEZOWSKI. Indications générales pour les opérations de la cataracte. *Recueil d'ophtalm.*, n° 5, p. 269. — 9. HIRSCHBERG. Ueber Staaroperation. *Deutsche med. Wochens.*, n° 18, 19, 20, 21. — 10. ROBINSKI. Untersuchungen zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Augenlinse. *Deutsche med. Wochens.*, n° 1. — 11. ROTHMUND. Ueber die gegenwärtige Nachbehandlung der Staaroperationen. *Münchener med. Wochens.*, n° 19. — 12. WECKER. L'avenir de l'extraction linéaire et de l'extraction à lambeau. *Ann. d'oculistique*, XCV, 5° et 6°, p. 245.

## E. — CHOROIDE. CORPS VITRÉ.

1. HUTCHINSON. On a case of peripheral choroïdo-retinitis associated with peculiar pigmentation of mucous membranes. *The roy. London Ophth. hosp. Reports*, XI, 2, p. 216. — 2. MANZ. Ein Fall von metastatischen Krebs der Choroïdea. *Gräfe's Archiv*, XXXI, 4, p. 401.

2. MANZ. A la suite d'une opération de cancer du sein avec récurrence dans la cicatrice, on observa des troubles de la vue des deux côtés et bientôt on put constater un décollement rétinien mais sans hypertension. Puis survinrent des douleurs de tête faisant craindre une propagation à l'intérieur du crâne. La malade mourut plus tard, on ne put pas faire l'autopsie.

#### F. — RÉTINE.

1. AYRES. Retinitis pigmentosa. *Am. Journ. of ophthalm.*, III, n° 4, p. 81. — 2. BEAVER. Irritable stricture of the urethra in the male, resulting from masturbation, a cause of hyperæsthesia of the retina. *Arch. of Ophthalm.*, XV, n° 2, juin, p. 163. — 3. GIRAUD-TEULON. Note sur un nouveau signe ophtalmoscopique des lésions de nutrition des membranes profondes de l'œil. *Bull. Acad. de médecine*, 1<sup>er</sup> juin. — 4. LANDESBERG. Zur Extraction des subretinalen Cysticercus. *Centralb. f. p. Augenheilk.*, mai. — 5. LAWFOED. On cases of cystic degeneration of the retina. *The roy. London Ophthalm. hosp. Reports*, XI, 2, p. 208. — 6. TREITEL. Beitrag zur Lehre von Glioma Retinæ. *Græfe's Arch. f. Ophthalm.*, XXXII. — 7. WARLDMONT. Décollement de la rétine et iridectomie. *Ann. d'oculist.*, XCV, p. 153.
3. GIRAUD-TEULON. Dans certains cas le sang veineux rétinien présente un aspect rutilant à l'ophtalmoscope qui prouve une absence de désoxygénation. Dans un autre groupe, au contraire, le sang veineux présente une coloration anormalement assombrie, ultra-foncée. Le premier groupe répond surtout aux troubles trophiques de la rétine, du nerf optique et même du cristallin; le second, dû à un excès de combustion ou d'oxydation des tissus. Les symptômes portent sur le système moteur de l'œil, accommodation et convergence. Dans la majorité des cas, il s'agit d'adynamies nerveuses: la rutilance veineuse reconnaissant un état parétique des filets du grand sympathique. L'ophtalmoscope, apporte un précieux concours au diagnostic de la maladie générale.

#### G. — NERF OPTIQUE.

1. CHANGARNIER. Amblyopie par le sulfure de carbone. *Recueil d'ophtalm.*, n° 5, p. 280. — 2. CHAUVEL. Diagnostic de l'amblyopie unilatérale simulée. *Recueil d'ophtalm.*, n° 4, p. 225. — 3. DEEREN. Amblyopie paludéenne guérie par l'emploi interne du sulfate de quinine. *Recueil d'ophtalm.*, n° 5, p. 276. — 4. HILBERT. Contribution to the knowledge of xanthopsia. *Arch. of ophthalm.*, XV, n° 2, p. 196. — 5. HUTCHINSON. On a case of unsymmetrical tobacco-amaurosis. *The roy. London ophth. hosp. Reports*, XI, 2, p. 191. — 6.



PELTESHON. Ursache und Verlauf der Sehnerven Atrophie. *Centralb. f. p. Augenheilk.*, april. — 7. VOSSIUS. Ueber die durch Blitzschlag bedingten Augenaffectiionen. *Berlin klin. Wochensch.*, n° 19, 1886.

---

## NOUVELLES

L'ophtalmologie vient de faire une perte aussi pénible qu'irréparable par la mort du professeur Hörner à Zurich. Déjà au commencement de cette année une affection cardiaque, avec ses complications, avait mis ses jours en danger, si bien que plusieurs journaux avaient déjà annoncé sa mort. Mais, grâce aux soins assidus et éclairés de ses médecins et de ses proches, grâce à la persévérance qu'il mit à suivre leurs conseils, il put enfin quitter le lit; un séjour à Interlaken acheva la guérison. Il revint à Zurich plus fort qu'avant sa maladie, et les nombreux amis et élèves du maître étaient en droit d'espérer pour lui une série d'années heureuses.

Il n'en fut rien. Le 15 décembre une attaque d'apoplexie vint le soustraire subitement à l'affection des siens. Les obsèques ont eu lieu à Zurich le 23 décembre au milieu d'un concours immense.

Nous consacrerons dans un de nos prochains numéros quelques pages à la biographie de ce maître par excellence.

L.

---

## TABLE PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE

### DES MATIÈRES CONTENUES DANS CE VOLUME

#### *1<sup>o</sup> Travaux originaux*

PANAS. — D'un nouveau procédé opératoire applicable au ptosis congénital et au ptosis paralytique.....	1
GAYET. — Sur les tumeurs symétriques des deux orbites et leurs caractères symptomatiques.....	15
CHARPENTIER. — L'intensité des sensations lumineuses.....	27
CHARPENTIER. — Méthode polarimétrique pour la photoptométrie et le mélange des couleurs.....	40
LAGRANGE. — Clinique ophtalmologique de la Faculté de Bordeaux : L'opération de Badal.....	43
TERRIER. — Quelques recherches et quelques remarques sur la greffe oculaire.....	56
BAUDRY. — Contribution à l'étude de la kératite neuro-paralytique..	69
BADAL. — Recherches statistiques sur les manifestations oculaires de la syphilis.....	104
CHARPENTIER. — L'inertie rétinienne et la théorie des perceptions visuelles.....	114
CHIBRET. — Skiascopie, ses avantages, sa place en ophtalmologie...	146
DELENS. — Observation de tumeurs lymphadéniques des deux orbites.	154
MOTAIS. — Recherches sur l'anatomie humaine et l'anatomie comparée de l'appareil moteur de l'œil.....	157
CHARPENTIER. — La sensibilité lumineuse et l'adaptation rétinienne.	196
LAGRANGE. — L'opération de Badal.....	203
FAVRE. — Le pronostic du daltonisme.....	227
BLANC. — Etude sur le diagnostic du siège des lésions dans les paralysies oculaires.....	243
BAUDRY. — Note sur un nouveau cas d'introduction de nombreux fragments de verre dans l'orbite.....	258
BETTEMIEUX. — Etude sur l'extraction de la cataracte.....	268
CHARPENTIER. — Faits complémentaires relatifs à l'intensité des sensations lumineuses.....	289
CHARPENTIER. — Expériences sur la marche de l'adaptation rétinienne.....	294

BADAL. — Recherches statistiques sur les manifestations oculaires de la syphilis.....	301
BOÉ. — Recherches expérimentales pour servir à l'étude de la cataracte traumatique.....	308
KALT. — Recherches anatomiques et physiologiques sur les opérations du strabisme.....	323
CHIBRET. — Les indications de l'iridectomie dans l'opération de la cataracte.....	355
ABADIE. — Traitement de la kératite parenchymateuse grave.....	360
DE BOITO. — Quelques considérations sur l'action de l'atropine et de l'éserine sur la conjonctive oculaire.....	363
KAHN. — Etude clinique sur le champ de fixation monoculaire.....	385
GILLET DE GRANDMONT. — De la kératite ulcéreuse en sillons étoilés.....	422
BETTREMIEX. — Décollement de la rétine et iridectomie.....	459
PANAS. — Nouvelle seringue pour le lavage intra-oculaire.....	471
BOREL. — Affections hystériques des muscles oculaires.....	481
STEVENS. — Nomenclature des différents états réunis sous le nom d'insuffisance musculaire.....	536
CHIBRET. — Note sur un traitement simple de la panophtalmie.....	546

2<sup>e</sup> Analyses bibliographiques

PANAS. — Nouvelles leçons sur les paralysies des muscles de l'œil...	81
FUCHS. — Causes et prévention de la cécité.....	82
VAN-DUYSE. — Deux cas d'erythroptisie.....	83
RANDALL. — A study of the eyes of medical students.....	83
ANDREWS. — A new instrument for washing the upper cul-de-sac of the conjunctiva.....	83
JOHNSON. — Glaucoma and its treatment.....	84
BLANC. — Le nerf moteur oculaire commun et ses paralysies.....	85
HALTENHOFF. — Extraction de cysticerque du corps vitré.....	186
OLIVER. — A Correlation theory of color perception.....	187
BULL. — Two cases of unilateral temporal hemianopsia.....	187
PARKER. — Transplantation of the conjunctiva of the rabbit to the human eye.....	187
DENTI. — Il bagno idro-elettrico e la docia elettrica.....	188
JAURAN. — Pronostic et traitement des hernies de l'iris.....	188
PICQUÉ. — Anomalies de développement et maladies congénitales du globe de l'œil.....	367
GALEZOWSKI. — Des cataractes et de leur traitement.....	370
ROHMER. — Maturation artificielle de la cataracte.....	548
LANNENGRACE. — Troubles visuels d'origine cérébrale.....	549
COUTURIER. — De l'ophtalmie scrofuleuse des Vosges.....	549
WOJTASIEWICZ. — Essai sur les rapports de la tuberculose oculaire avec la tuberculose générale.....	549

ROI. — De la névrite optique rhumatismale.....	550
LANG AND BARRET. — The refractive character of the eyes of mam- malia.....	550
MAY. — Enucléation with transplantation and reimplantation of the eyes.....	550
DE BECK. — Hard chancre of eyelids and conjunctive.....	551
OHIO. — De la ophtalmia purulenta del recién nacido.....	551
E. MARTIN. — La vue aux aveugles par la cornée artificielle.....	551
PORTERET. — Étude sur le pronostic des troubles de l'humeur vitrée.	552
PÉTROUCCI. — De l'épiphora ataxique.....	552
DE SAINT-GERMAIN ET VALUDE. — Traité pratique des maladies des yeux chez les enfants.....	552
MASSE. — Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes de l'iris ; rôle du traumatisme et de la greffe.....	554
TROUSSEAU. — La conjonctivite chrysophanique.....	555
LAWFORD. — Three cases of cystic degeneration of retina.....	555
GUAITA. — Il sublimato corrosivo nella cura della congiuntivi infetive.	555
GUAITA. — Voluminosa exostosi dura dell' orbita demolita conservando il globo oculare.....	556
NUEL. — Du développement phylogénétique de l'organe visuel des vertébrés.....	556
NETTLESHIP. — On a case of meningite after excision of the eyeball..	558
GIRAUD-TEULON. — Ophtalmoscope électrique.....	558

3<sup>e</sup> Comptes rendus.

## Société française d'ophtalmologie

p. 280 à 288 et 371 à 375

DIANOUX. — Du traitement chirurgical de l'ophtalmie sympathique.
DOR. — Les cas de mort après l'enucléation.
LANDOLT. — Procédé de ténotomie dans l'insuffisance musculaire.
PARINAUD. — Paralysie de la convergence.
GILLET DE GRANDMONT. — Du défaut de fusion comme cause de strabisme.
J. MARTIN. — Des variations dans les degrés et le sens de l'astigmatisme cornéen chez les glaucomateux.
LEROY. — Sur l'ophtalmométrie de précision.
CHIBRET. — Loi des déformations astigmatiques de la cornée, consécutives à l'opération de la cataracte.
DUFOUR. — Sur la cataracte hémorragique.
PONCET. — Bactériologie du chalazion.
ABADIE. — Des injections sous-cutanées de bichlorure de mercure en thé- rapeutique oculaire.
TEILLAIS. — Hémorragies pendant la grossesse.
PROUFF. — De la péritomie partielle.
HUBERT. — Des taches de la cornée et de leur traitement.

- VACHER. — Traitement de la sclérose de la cornée et de l'épiscléritis par les cautérisations ignées circulaires.
- COURSSEURANT. — Sclérite rhumatismale.
- FIEUZAL. — De la cautérisation avec le jus de citron dans la conjonctivite pseudo-membraneuse et diphtéritique.
- DARIER. — Traitement de la conjonctivite granuleuse.
- PONCET. — Sur les granulations de la cornée.
- COURSSEURANT. — A propos du jéquirity.
- CHIBRET. — Les collyres permanents.
- DRANSART. — De l'iridectomie dans le décollement de la rétine.
- DEBIERRE. — Un cas d'anomalie rare congénitale de l'œil.
- MOTAIS. — Observations anatomiques et physiologiques sur la strabotomie.
- VICHERKIEWICZ. — Sur l'irrigation des chambres de l'œil pour l'extraction de la cataracte.
- GALEZOWSKI. — Sur la plaie cornéenne dans l'extraction de la cataracte, et sur les moyens de prévenir la suppuration.
- WECKER. — Injections et pansements à l'ésérine.
- GUNNING. — Sur la maturation de la cataracte.
- MANOLESCU. — Extraction des cataractes molles.
- GAYET. — De la kérato-kystitomie dans l'opération de la cataracte.
- MASSKON. — Sur le glaucome.
- GALEZOWSKI. — Sur l'ophtalmotomie ou disclérochoriotomie postérieure.
- REDARD. — Rapport entre les affections dentaires et certains troubles oculaires.
- DEHENNE. — Rétractions musculaires consécutives aux paralysies oculaires et leur traitement.
- TEILLAIS. — Amblyopie par intoxication paludéenne.
- BOÉ. — Etude chimique du corps vitré.

#### 4<sup>e</sup> Revues bibliographiques.

Travaux parus dans les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> trimestres 1885 et 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> trimestres 1886, par F. de Lapersonne.

##### § 1<sup>er</sup>. — Généralités.

Traité généraux. Rapports. Comptes rendus, A, 87 — 375 — 472 — 559.  
 — Anatomie, B, 88 — 375 — 473 — 560. — Physiologie, C, 88 — 376 — 473 — 560. — Anatomie pathologique, D, 90 — 377 — 474 — 561.  
 — Pathologie générale, E, 90 — 377 — 474 — 561. — Thérapeutique, F, 91 — 377 — 475 — 562. — Réfraction, Accommodation, G, 91 — 378 — 475 — 562. — Sens chromatique, H, 92 — 379 — 476 — 563.

##### § 2. — Annexes de l'œil.

Paupières, A, 92 — 379 — 476 — 563. — Conjonctive, B, 93 — 379 — 476 — 564. — Appareil lacrymal, C, 93 — 380 — 477 — 564. — Muscles

et nerfs. Strabisme. Paralysies, D, 93 — 380 — 477 — 564. — Orbité, E, 94 — 380 — 478 — 565.

### § 3. — *Globe de l'œil.*

Glaucome. Traumatismes. Ophthalmie sympathique, A, 189 — 380 — 478 — 565. — Cornée, sclérotique, B, 190 — 381 — 478 — 566. — Iris. Corps ciliaire, C, — 190 — 382 — 479 — 567. — Cristallin, D, 190 — 382 — 479 — 567. — Choroïde. Corps vitré, E, 191 — 383 — 479 — 567. — Rétine, F, 191 — 383 — 478 — 568. — Nerf optique. Amblyopies, G, 192 — 383 — 480 — 568.

### 5° *Notes. Nouvelles.*

p. 94 à 96, 288, 384, 569.

### 6° *Planches.*

- I. Fig. 1 et 2 : Schéma de la capsule de Tenon chez l'homme (Motais).
- II. Fig. 1, 2 et 3. III. Fig. 1 et 2 : Recherches expérimentales pour servir à l'étude de la cataracte traumatique (Boé).
- IV, V, VI, VII, VIII. Étude clinique sur le champ de fixation monoculaire (Kahn).

## TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

*(Les noms précédés d'une astérique indiquent les travaux originaux.)*

### A

- Abadio, 91, G, 1. — 281. — 283. —  
 \*360. — 479, F, 1. — 561, E, 1.  
 Addario, 383, E, 1.  
 Adler, 190, D, 1. — 375, A, 1.  
 Agnew, 87, A, 1. — 190, D, 1.  
 Albini, 191, E, 1. — 380, A, 1.  
 Alt, 93, C, 4. — 380, C, 1. — 476,  
 B, 1. — 559, A, 1.  
 Allen, 477, C, 1.  
 Allport, 91, F, 1.  
 Alvarez, 190, B, 11.  
 Aucke, 381, B, 1. — 383, F, 1. —  
 479, F, 2.  
 Anderson, 90, E, 1. — 561, E, 2.  
 Andrews, 83. — 93, B, 1.  
 Angelucci, 376, C, 1. — 474, E, 1.  
 Annuske, 380, C, 2.  
 Arlt, 382, D, 1.  
 Armagnac, 93 C, 1. — 476, A, 1. —  
 480, G, 2. — 565, E, 1.  
 Aub, 190, C, 1.  
 Ayres, 192, G, 1. — 568, F, 1.

### B

- Badal, \*104. — \*301. — 561, E, 3.  
 Baeumler, 93, B, 2.  
 Baker, 381, B, 2.  
 Barek, 474, E, 2.  
 Barret, 550-560, B, 4. — 563, B, 8.  
 Baudon, 379, B, 1.  
 Baudry, \*69. — \*258. — 380, E, 1.  
 — 478, B, 1. — 565, E, 2.  
 Beaver, 568, F, 2.  
 Beck, 551-567, C, 1.  
 Begue, 559, A, 2.  
 Bellarmino, 376, C, 2. — 377, F, 1.  
 Benson, 91, G, 2. — 189, A, 1. —  
 377, F, 2. — 379, B, 2. — 381, B,  
 3. — 476, A, 2.  
 Berger, 375, B, 1. — 475, E, 2. —  
 477, D, 1.

- Bergmeister, 93, D, 1.  
 Berry, 382, D, 2. — 475, G, 1. —  
 477, D, 2-3. — 478, B, 2. — 559,  
 A, 4.  
 Bertin, 376, C, 3.  
 Beselin, 474, D, 1.  
 Bettremieux, 189, A, 2. — \*268. —  
 \*459. — 567, D, 1.  
 Beyro, 88, B, 1.  
 Birnbacher, 90, D, 1. — 473, A, 4.  
 — 560, B, 1.  
 Blanc, 85. — \*243. — 566, D, 1.  
 Boé, 88, B, 3. — \*308. — 375.  
 Bock, 377, D, 1. — 567, D, 2.  
 Bohnner, 548.  
 Boito, \*363.  
 Borel, \*481.  
 Boucheron, 283.  
 Boutan, 379, B, 3.  
 Bradford, 565, A, 1.  
 Brailey, 189, A, 3. — 377, D, 1-2. —  
 380, A, 2. — 383, E, 2. — 383, F,  
 2-3. — 383, G, 1. — 478, A, 1.  
 Brettauer, 567, D, 3.  
 Brignone, 191, D, 2.  
 Brockmann, 478, A, 2.  
 Bruger, 379, A, 1.  
 Bull, 187. — 192, G, 2.  
 Buller, 94, E, 1-2.  
 Bunge, 190, B, 2.  
 Burnett, 378, G, 1-2-3. — 379, A, 2.

### C

- Calliguani, 375, A, 2.  
 Carter, 384, G, 2.  
 Caudron, 189, A, 4.  
 Centeno, 191, D, 13.  
 Changarnier, 568, G, 1.  
 Charpentier, \*27. — \*40. — \*114.  
 — \*196. — \*289. — \*294. — 473,  
 C, 1. — 560, C, 1. 2, 3, 4. — 476,  
 B, 1.  
 Chauvel, 562, B, 1, 568, C, 2.

Cheatam, 87, A, 5.  
 Chevallereau, 281.  
 Chibret, \*146. — 282. — 286. —  
 \*355. — 562, B, 2.  
 Chisolm, 479, C, 1.  
 Cicardi, 375, A, 3. — 559, A, 5.  
 Cohn, 87, A, 6. — 375, A, 4.  
 Coomes, 559, A, 7.  
 Cornwell, 378, C, 4.  
 Corradi, 559, A, 8.  
 Coursserant, 284. — 286.  
 Couturier, 549.  
 Critchett, 380, E, 2.  
 Cross, 382, C, 1. — 382, D, 3.  
 Csapodi, 379, B, 4.  
 Culbertson, 378, G, — 563, B, 3.  
 Cuignet, 190, B, 3. — 567, D, 4.  
 Czermack, 87, A, 7. — 88, B, 2. —  
 90, D, 1.

## D

Daguillon, 191, F, 1.  
 Dantziger, 378, F, 3.  
 Darier, 285. — 477, C, 2.  
 Dareschewitzch, 88, B, 4.  
 Debierre, 90, E, 2. — 287. — 564,  
 C, 1.  
 Deeren, 88, C, 1. — 376, C, 4-5. —  
 475, G, 2. — 476, H, 2. 561, E, 4.  
 566, G, 6.  
 Dehenne, 374. — 475, F, 1.  
 Delens, \*154. — 565, E, 3.  
 Denti, 188.  
 Derby, 92, A, 1. — 93, B, 3. —  
 189, A, 5.  
 Despagne, 559, A, 9.  
 Dessauer, 379, A, 3.  
 Deutschmann, 189, A, 6.  
 Dianoux, 280. — 569, A, 1.  
 Dobrowolski, 563, H, 1-2.  
 Dor, 280. — 379, H, 1-2. — 382,  
 C, 2.  
 Dransart, 286. — 378, G, 6.  
 Dubois de Lavigerie, 478, A, 3.  
 Duci, 565, A, 3.  
 Dufour, 282.  
 Dujardin, 190, B, 4. — 475, E, 4. —  
 475, F, 2. 563, A, 2.

## E

Eals, 383, F, 4.  
 Einthoven, 379, E, 3.  
 Ellinger, 91, G, 3.  
 Emmert, 91, F, 2. — 91, G, 4. —  
 381, B, 4.

Eversbuch, 88, C, 2. — 190, C, 2. —  
 378, F, 4. — 478 B, 3.  
 Eveillé, 377, E, 1.  
 Ewetski, 473, B, 1. — 474, D, 2.  
 Exner, 473, C, 2. — 560 C, 5.

## F

Fachi, 561, D, 1. — 562, F, 1. — 567,  
 D, 5.  
 Favre, \*229. — 563, H, 3.  
 Ferret, 90, K, 3. — 93, C, 2. — 190,  
 C, 3. — 191, E, 2.  
 Fieuzal, 82. — 87, A, 8. — 88, A, 21.  
 91, F, 8. — 191, D, 3. — 284. —  
 375, A, 5. — 559, A, 10.  
 Filehn, 192, G, 3.  
 Fleming, 190, B, 5.  
 Fleischer, 375, B, 2.  
 Fontan, 88, B, 5.  
 Fonseca, 377, E, 2. — 381, B, 5. —  
 384, G, 3.  
 Fournier, 381, B, 6. — 479, C, 2.  
 Forster, 475, G, 4.  
 Fox, 87, A, 9. — 93, B, 4.  
 Frölich, 190, C, 4. — 378, F, 5.  
 Frost, 380, D, 1. — 383, F, 5.  
 Fryer, 94, E, 3.  
 Fuchs, 88, A, 20. — 92, A, 2. — 376,  
 B, 3-4.

## G

Galezowski, 87, A, 10. — 189, A, 7.  
 191, D, 5. — 281. — 370. — 371.  
 — 374. — 382, D, 4-5-6-7. — 472,  
 A, 2. — 477, C, 4. — 559, A, 11. —  
 566, B, 1. — 567, D, 6-7-8.  
 Gallenga, 190, B, 6. — 381, B, 7.  
 Gauran, 188.  
 Gayet, \*15. — 280. — 372. — 478.  
 E, 1.  
 Gelló, 562, F, 2-3.  
 Germen, 91, G, 5.  
 Giffort, 474, D, 3.  
 Gillet de Grandmont, 282. — \*422.  
 — 474, D, 4. — 562, F, 4. — 564,  
 D, 2.  
 Gipner, 565, A, 4.  
 Giraud-Teulon, 558. — 568, F, 3.  
 Gérard, 382, D, 8.  
 Glorieux, 378, F, 6.  
 Gorki, 567, B, 2.  
 Gouvea, 563, A, 3.  
 Groenow, 563, B, 4.  
 Gruening, 477, C, 3.  
 Green, 472, A, 3. — 475, G, 6.



Gnaita, 381, A, 7. — 475, F, 3. —  
476, B, 2. — 555. — 556.  
Gunning, 372.  
Gunn, 94, E, 4. — 478, A, 4.

## H

Haab, 480, F, 3.  
Haenzell, 90, D, 2. — 376, B, 5-6.  
Haltenhoff, — 186. 375, A, 6. — 383,  
E, 3. — 564, B, 2.  
Hanemann, 190, B, 7.  
Hartley, 384, G, 4.  
Harlan, 91, G, 6. — 93, D, 2. — 191,  
D, 6.  
Hartridge, 376, B, 7. — 563, B, 5.  
Haskot, 189, A, 5.  
Heddaens, 560, C, 7.  
Helmoltz, 540, C, 8.  
Hendrix, 477, C, 4.  
Hensell, 88, B, 8. — 559, A, 10. —  
560, B, 2.  
Hering, 92, H, 1. — 379, H, 4.  
Herschell, 562, F, 5.  
Heymann, 378, F, 7.  
Hilbert, 88, B, 8. — 376, C, 6. —  
476, H, 3. — 563, H, 4. — 568,  
G, 4.  
Hill, 473, C, 3.  
Hirschberg, 90, F, 5. — 191, E, 3.  
— 380, D, 2. — 383, F, 6. — 473,  
A, 4. — 480, F, 4. — 559, A, 12.  
560, B, 3. — 565, A, 5. — 567, D, 9.  
Hoch, 377, D, 3.  
Holt, 91, G, 7. — 93, D, 3.  
Holtzke, 89, C, 3. — 376, C, 7.  
Hoffmann, 478, A, 5.  
Hotz, 383, E, 4. — 564, B, 3.  
Howe, 89, C, 4-5 — 91, G, 8. — 192,  
F, 2.  
Hubert, 284.  
Hubscher, 93, B, 5.  
Hunter, 375, A, 7.  
Hutchinson, 567, E, 1. — 568, G, 5.

## I

Inbert, 89, C, 7. — 563, B, 6.  
Inouye, 381, B, 8. — 478, B, 4. —  
567, B, 3.

## J

Jackson, 377, E, 3. — 475, C, 5.  
Jany, 381, A, 3.  
Jagerow, 473, C, 4.  
Javal, 565, A, 6.

Jeaffreson, 479, D, 1.  
Jeffries, 92, H, 2. — 92, A, 3.  
Jesop, 384, G, 5.  
Jetzow, 90, D, 3.  
Johnson, 84.  
Josten, 473, A, 6.  
Juler, 87, A, 11.

## K

Kaçaourow, 479, D, 2.  
Kahn, \* 385.  
Kalt, \* 323. — \* 430.  
Kamocki, 476, B, 3.  
Katchanowski, 89, C, 6.  
Katz, 473, A, 7.  
Kerschbaumer, 473, A, 8.  
Kipp, 190, C, 5.  
Klein, 473, A, 9.  
Knapp, 189, A, 8. — 190, B, 8. —  
377, E, 4. — 381, A, 4. — 474, D,  
5. — 475, G, 3. — 563, B, 7.  
Kolbe, 89, C, 8.  
Kreiss, 90, D, 4.

## L

Lagrange, \* 43. — \* 203. — 477, D, 5.  
Laker, 566, A, 10.  
Landsberg, 90, E, 4. — 381, B, 9. —  
475, F, 4-5. — 561, E, 7. — 566,  
A, 8-9. — 568, F, 4.  
Lang, 91, G, 9. — 190, C, 6. — 192,  
F, 3. — 379, A, 4. — 379, B, 5. —  
383, E, 5. — 550. — 560, B, 4. —  
563, B, 8.  
Lannegrace, 548.  
Lapersonne (de), 81. — 87. — 186.  
— 189. — 280. — 367. — 375.  
472. — 548.  
Lawford, 90, D, 5. — 383, E, 6. —  
555. — 568, A, 7. — 568, F, 5.  
Lazrat, 378, F, 8.  
Leber, 561, E, 6.  
Lediard, 377, E, 5.  
Lehmann, 89, C, 9.  
Leplat, 93, C, 3. — 191, D, 7. —  
383, F, 7.  
Leroy, 282.  
Leszynky, 476, B, 4.  
Linnartz, 561, E, 8.  
Litten, 90, E, 5.  
Loopez-Ocãna, 478, B, 5.  
Loureiro, 375, A, 8.  
Lundy, 559, A, 13.

## M

Mac-Burney, 565, F, 4.  
 Mac-Gregor, 192, F, 4.  
 Mac-Keown, 382, D, 9.  
 Mackenley-376, C, 8.  
 Magnus, 87, A, 13. — 475, E, 5. — 559, A, 14.  
 Majoli, 377, D, 4.  
 Mangin, 380, C, 3. — 381, A, 5. — 480, F, 5.  
 Manolescu, 372.  
 Mantz, 567, E, 2. — 568, E, 3.  
 Marco, 566, A, 11.  
 Martin (Georges), 282. — 563, B, 9.  
 Martin (E), 479, B, 6. — 551.  
 Masini, 90, E, 6.  
 Masse, 554.  
 Masselon, 372. — 559, A, 15.  
 Mathewson, 93, A, 4.  
 Mathiessen, 191, D, 8. — 560, B, 5.  
 May, 550.  
 Mayerhausen, 190, B, 9.  
 Melloviana, 382, C, 4.  
 Michel, 476, B, 5.  
 Milles, 478, A, 6-7. — 479, E, 1.  
 Minor, 191, D, 9. — 480, G, 3.  
 Mittendorf, 191, E, 3.  
 Moore, 561, E, 9.  
 Motaïs, 91, F, 3. — 92, G, 10. — \* 157. — 281. — 287. — 478, E, 2.  
 Monakow, 192, G, 4.  
 Montanelli, 192, F, 5. — 477, C, 5.  
 Mules, 189, A, 9.

## N

Nettleship, 189, A, 10. — 382, C, 3.  
 383, F, 8. — 384, G, 6. — 474, D, 6. — 558.  
 Nieden, 381, A, 6. — 475, F, 6.  
 Nobis, 566, A, 12.  
 Nordenshon, 561, D, 2.  
 Noris, 90, E, 7.  
 Noyes, 189, A, 11.  
 Nuël, 556.

## O

Oliver, 92, H, 3. — 187.  
 Olshausen, 89, C, 10.  
 Ohio, 477, B, 6. — 551.  
 Oppenheim, 561, E, 10.  
 Owen, 479, E, 2.

## P

Paci, 376, C, 9.

Panas, \* 1. — 81. — 190, B, 10. — 191, D, 10. — \* 471. — 476, A, 3. — 566, A, 13.  
 Pape Ludwig, 91, F, 5.  
 Parinaud, 281. — 560, C, 9.  
 Parker, 187.  
 Patton, 475, G, 7.  
 Pelteshon, 480, G, 4. — 567, G, 6.  
 Peougnow, 380, E, 3.  
 Perlia, 479, E, 3. — 480, G, 5.  
 Petrolacci, 552.  
 Pflüger, 87, A, 15. — 479, B, 7. — 562, F, 6.  
 Picqué, 367.  
 Pierd'houy, 91 F, 6-7. — 478, A, 8.  
 Pinto (da Gama), 565, A, 2.  
 Plehn, 92, G, 11.  
 Polaillon, 565, E, 5.  
 Pollak, 381, B, 10.  
 Poncet, 283. — 285.  
 Porteret, 552.  
 Post, 379, A, 5.  
 Power, 189, A, 12. — 382, D, 10. — 384, G, 7.  
 Prouf, 284.  
 Proust, 564, C, 2.

## R

Raehlmann, 382, F, 9. — 480, F, 6.  
 Rampoldi, 376, C, 10. — 473, C, 5. — 559, A, 17. — 564, A, 4. — 564, B, 4. — 564, D, 3. — 566, A, 14. — 567, B, 4.  
 Randall, 83. — 375, A, 9. — 563, B, 10.  
 Rancy, 475, E, 6.  
 Redard, 374. — 561, E, 11.  
 Rheim, 477, B, 7.  
 Reuss, 379, B, 6. — 473, B, 2. — 476, H, 4.  
 Reynolds, 563, B, 11.  
 Ricchi, 476, H, 5. — 563, H, 5.  
 Richet, 93, A, 5. — 565, E, 6.  
 Ring, 379, A, 6.  
 Risley, 92, G, 13.  
 Robinski, 567, D, 10.  
 Rogmann, 382, D, 11.  
 Roehrbek, 475, F, 7.  
 Rolland, 189, A, 13. — 479, B, 8. — 566, A, 15.  
 Roosa, 476, G, 8.  
 Rosenmeyer, 564, B, 5.  
 Rothmund, 567, D, 11.  
 Routier, 381, A, 8.  
 Roy, 190, B, 11. — 550.

## S

- Saint-Germain, 552.  
 Saint-Martin, 567, c, 2.  
 Salomon, 191, d 11.  
 Samelshon, 377, e, 6. — 561, e, 12.  
 Schell, 93, a, 6.  
 Schenkl, 94, e, 5.  
 Schilde, 480, g, 6.  
 Schiötz, 378, f, 11. — 378, g, 7. —  
 475, e, 7 — 563, b, 12-13.  
 Schipiloff, 473, c, 6.  
 Schlaefke, 87, a, 16.  
 Schlick, 89, c, 11.  
 Schneider, 377, c, 11.  
 Schoön, 566, a, 16.  
 Schreiber, 473, a, 13.  
 Schulten, 377, e, 7.  
 Sedan, 382, d, 12. — 383, f, 10.  
 Seely, 93, d, 4.  
 Seifert, 473, b, 3.  
 Sharkey, 380, d, 4.  
 Simi, 87, a, 17. — 87, a, 18-19. —  
 92, g, 14. — 473, a, 11. — 559, a, 18.  
 Skrebitzky, 88, b, 6.  
 Smith, Priestley, 378, f, 9-10. — 380,  
 d, 3. — 381 a, 9.  
 Snell, 380, d, 5. — 381, a, 10. —  
 473, a, 12. — 480, f, 7.  
 Squire, 561, e, 13.  
 Standkle, 379, b, 7.  
 Standish, 190, c, 7.  
 Steinheim, 90, e, 8.  
 Stevens, 476, g, 9. — \* 536.  
 Stilling, 565, d, 4.  
 Stöhr, 376, b, 8.  
 Stölting, 382, c, 5.  
 Story, 381, b, 2. — 1 383, f, 1.  
 Sückling, 565, d, 5.

## T

- Tansley, 479, e, 4. — 567, b, 5.  
 Teillais, 284. — 374.  
 Telnikun, 479, b, 3.  
 Terrier, \* 56. — 478, a, 9.  
 Théobald, 88, b, 7. — 92, g, 15-16.  
 — 565, d, 6.  
 Tilley, 93, d, 5. — 380, d, 6.  
 Treitel, 377, c, 12. — 568, f, 6.  
 Troussseau, 477, b, 8. — 555. — 562,  
 f, 7. — 564, b, 6.  
 Tyrenam, 475, e, 3.

## U

- Uhthoff, 89, c, 12. — 92, g, 17. —  
 564, c, 3.  
 Ulrich, 379, b, 8.

## V

- Vacher, 284.  
 Valude, 90, d, 6. — 552.  
 Van Duyse, 83. — 479, c, 3.  
 Vassaux, 561, d, 3.  
 Velardi, 476, h, 5.  
 Villemin, 384, g, 8.  
 Virchow, 376, b, 9-10-11.  
 Vossius, 90, d, 7. — 191, e, 4. —  
 381, b, 11. — 384, g, 9. — 567, g, 7.  
 Vurndinger, 475, f, 8.

## W

- Waldhauer, 564, a, 5. — 567, c, 3.  
 Walker, 377, c, 13.  
 Warlomont, 93, a, 7. — 479, d, 4. —  
 568, f, 7.  
 Watson-Spencer, 189, a, 14. — 377,  
 e, 8. — 382, d, 12.  
 Webster, 381, a, 11. — 478, a, 10.  
 Wechs, 474, d, 7.  
 Wecker, 191, d, 12. — \* 193. — 371.  
 — 382, d, 13-14. — 478, e, 3. —  
 562, f, 8-9. — 565, e, 7. — 567,  
 d, 12.  
 Weiss, 384, g, 10-11.  
 Weld, 377, d, 5.  
 Weldmann, 559, a, 21.  
 Werner, 477, d, 6.  
 Wicherkiewicz, 371. — 383, d, 15.  
 — 475, e, 8.  
 Widmark, 90, e, 9. — 380, c, 4.  
 Wilbrand, 377, e, 9. — 384, g, 12.  
 Wisenger, 562, e, 4.  
 Wolffberg, 377, c, 14. — 475, e, 9.  
 Wolfring, 474, d, 8.  
 Wilinger, 565, e, 4.  
 Woltasiewicz, 549.  
 Wold, 562, e, 15.  
 Worms, 476, h, 6.

## Z

- Ziehm, 91, e, 13.  
 Zim, 378, f, 12. — 379, a, 7. — 475,  
 f, 9. — 477, b, 9-10. — 477, c, 6.

# TABLE DES MATIÈRES

## A

Accommodation, 91-475-378-562-563.  
— Mécanisme, 376.  
Achromatopsie, 379.  
Acuité visuelle, 89-475.  
Adaptation rétinienne, 196-274-560.  
Affections, cérébrales, 474-548. —  
Contagieuses, 474. — Dentaires, 474.  
— Du nez, 477. — Nerveuses, 377.  
Albinisme, Iris, 382.  
Amaurose, 90-377. — Hystérique,  
377. — Traumatique, 384. — Hé-  
morrhagique, 384.  
Amblyopies. Intoxication paludéenne,  
374-568. — Nicotinique, 480-568.  
— Sulfure de carbone, 384-568. —  
Strabisme, 93. — Simulée, 376-568.  
Toxique, 192-489.  
Amétropie 83-475.  
Amyloïde. (Dégénérescence), 474.  
Anatomie, 83-473-375-560. — patho-  
logique, 90-474-377-561. — Mus-  
cles, 157. — Iris, 376.  
Anesthésie. Rétine, 560.  
Anévrysme rétinien, 383.  
Angle métrique, 475.  
Aniline, 376.  
Animaux, Yeux, 88.  
Aniridie, 190.  
Ankyloblépharon, 563.  
Anomalies congénitales, 287-367-473-  
560.  
Anosmie, 94.  
Antisepsie, 91. — Enucléation, 189.  
— Orbité, 477-565.  
Archives Graefe, tables, 87.  
Arthrite, 90  
Astigmatisme, 562. — Cataracte, 282  
— Passager, 380. — Glaucome,  
282. — Correction, 378. — Pro-  
gressif, 92. — Iridectomie, 563. —  
Traité, 378. — Traumatique, 92.  
— Myopique, 278. — Méridiens, 563.  
Asténopie, 91.  
Atrophie optique, 90-480-384-567. —  
Beriberi, 384.  
Atropine, 92-473. — Conjonctivite,  
363-378.

## B

Badal (opération) 43-203-477.  
Bactériologie. Opérations, 474. —  
Chalazion, 283-561. — Dacryocys-  
tite, 380. — Hypopion, 380. Con-  
jonctivite, 564.  
Beriberi, 384.  
Bichlorure V. Sublimé.  
Blépharoplastie, 92-563.  
Blépharoptosis, 379. V. Ptosis.  
Blépharospasme, 379.

## C

Calomel, 93.  
Capsulectomie, 479.  
Cataractes diabétiques, 191. — Con-  
génitale, 191-567. — Secondaire,  
382. — Aspiration, 382. — Iridec-  
tomie, 355. — Noire, 382. Etiolo-  
gie, 382. — Opération, 567-191-  
268-371-479-382. — Traitement,  
191-370. — Suppuration, 382. —  
Maturation, 372-549. — Trauma-  
tique, 191-308-382. — Soins préli-  
minaires, 382. Astigmatisme, 282.  
— Hémorrhagique, 282-479. —  
Molles, 372. — Résorption, 567.  
— Capsulaire, 567.  
Catarrhe nasal, 477.  
Cautérisations ignées, 284. — Citron,  
284.  
Cécité. Prévention, 82-88-473. —  
Causes, 473. — Simulée, 87. —  
En Italie, 559. — Statistique, 87-  
559. — Breslau, 559.  
Centres cérébraux, 89.  
Cerveau. Centres, 89-473. — Com-  
missures, 88. — Embolie, 377.  
Chalazion, Bactériologie, 283-561.  
Chambre antérieure, 190-376-381.  
Champ, fixation, 385.  
Chancre. Conjonctive, 379-551 —  
Paupière, 551.  
Choroïde, 191-479-383-567. — Histo-  
logie, 88. — Atrophie, 383. — Sar-  
come, 90-479. — Tubercule, — 90-  
383. — Tumeurs, 191-567. —  
Plaies, 191.

- Choréïdite syphilitique, 474. — Scotome, 479. — Localisée, 479. — Fièvre typhoïde, 383. — Rétinite, 567.
- Chromatique (Sens), 40-89-92-187-229-476-379-563.
- Chromatométrie, 476.
- Chromatotyphlose, 379.
- Cicatrice. Cornée, 190.
- Ciliaire, astigmatisme, 563. — Corps, 190-377-382. — Kystes, 190. — Muscles, 376-563. — Nerfs, 473-377.
- Circulation oculaire, 377.
- Ciseaux. Pénétration, 189.
- Cliniques. Breslau, 375. — Kansas, 472. — Lyon, 87. — Magdebourg, 473. — Munster, 473. — Pavie, 375-559. — Sussex, 87.
- Cocaine, 190-475-377-378-562. — Injections, 475. — Glaucome, 566. — Intoxication, 475-378. — Névro-rétinite, 384.
- Collyres permanents, 286.
- Colobomes. Pupille, 384. — Iris, 190-567. — Kystoïdes, 473-474. — Paupières, 379.
- Comptes rendus, 375-472-559.
- Congrès international, 88.
- Conjonctive, 93-476-379-564. — Affections contagieuses, 474-555. — Chancre, 379. — Dégénérescence hyaline, 476. — Epithélioma, 476. — Greffe, 187. — Lavage, 83. — Lupus, 379. — Pemphigus, 93-379. — Tuberculose, 476-379-564. — Muqueuse, 376.
- Conjonctivite blennorrhagique, 477-564. — Catarrhale, 93-379. — Chrysophanique, 555-564. — Diphtéritique, 284-379-564. — Granuleuse, 284-379. — Jéquiritique, 379. — Phlycténulaire, 554. — Purulente, 93-477. — Sublimé, 555.
- Contraste visuel, 377.
- Convergence, 281.
- Cornée, 190-478-381-566. — Artificielle, 479-551. — Cicatrices, 190. — Corps étrangers, 381. — Granulations, 285. — Dermoïde, 381. — Infiltrations, 190. — Pannus, 382. — Paracentèse, 190. — Staphylôme, 474-478-566. — Tuberculose, 190-381. — Ulcère, 478-479.
- Corps vitré (Voyez vitreum). — Étrangers, 189-190-191-479-380-381.
- Couleurs. Cécité, 476. — Mélange, 476. — Perception, 92-476.
- Cristallin, 196-479-382-567. — Corps étrangers, 191-382. — Anatomie, 567. — Physiologie, 567. — Luxation, 190-191-382-567.
- Cyclo-choréïdite, 383.
- Cysticerque. Vitreum, 190-383. — Rétine, 568.
- D**
- Dacryoadénite, 93.
- Daltonisme, Pronostic, 229-563. — Chemin de fer, 476.
- Décollement (Voyez rétine).
- Dents. Affections oculaires, 561.
- Développement des yeux, 88.
- Déviatiou conjuguée, 380.
- Diabète. Iritis, 561. — Cataracte, 191. — Affections oculaires, 377-561.
- Diagramme, 478.
- Dilatation. Lacrymale, 93.
- Diplopie, 478. — Homonyme, 477.
- Douche électrique, 91-188.
- E**
- Ecolier. Réfraction, 92-375. — Contagion, 93. — Hygiène, 375-472-475.
- Ecrivains. Vue, 91.
- Ectropion, 92.
- Electro-aimants, 189-381-565.
- Embolie cérébrale, 377. — Rétinienne, 383.
- Embryologie de l'œil, 88.
- Enfants. Maladies des yeux, 552.
- Entoptiques (Voyez images).
- Entropion, 93.
- Enucléation, 189-474-381-566. — Hémorrhagie, 478. — Mort, 280. — Méningite, 558.
- Epithélioma. Paupières, 93. — Conjonctive, 476.
- Epiphora ataxique, 552.
- Episclérite, 284.
- Ergotine. Injections, 475-478.
- Erythroptisie, 83.
- Esérine. Accommodation, 563. — Conjonctive, 363. — Injection, 371-562.
- Etudiants. Yeux, 83.
- Eviscération (Voyez exentération).
- Examen des yeux. Dangers, 475.
- Exentération de l'œil, 380.
- Exophtalmie, 94-478-561.
- Exostose. Orbité, 556.
- Extraction simple, 191.
- F**
- Fibres opaques, 376.
- Fixation. Champ, 385.
- Fovea (Voyez macula).
- Fragments de verre, 258.
- G**
- Galvano-cautère, 475-378.

- Gélatine. Rondelles, 382.  
 Glandes. Paupière, 92. — Lacrymale, 477-564.  
 Glaucome. Esérine, 566. — Cocaïne, 189-373-478-380-565. — Traitement, 84-373-566. — A. Pathologique, 90. — Astigmatisme, 282. — Double, 381. — Chronique, 381.  
 Gliôme. Rétine, 192-565-568.  
 Globe, 189-380.  
 Goitre exophtalmique, 561-562.  
 Gomme cérébrale, 561. — Intra-oculaire, 377. — Iris, 382. — Chiasma, 561.  
 Gonococcus, 90-93.  
 Goutte oculaire, 91.  
 Granulations, 284. — De la cornée, 284.  
 Greffe oculaire, 56-478-550-565. — Conjonctive, 187.  
 Grossesse. Hémorragie rétinienne, 284.
- H**
- Héméralopie, 479-480-380.  
 Hémianopie, 90-187-192-480-377-384.  
 Hémianesthésie, 90.  
 Hémiplégie, 90.  
 Hémorragies, 478.  
 Hernie. Iris, 188.  
 Hôpitaux. Lucca, 473-559. — Italie, 87. — Russie, 88. — Saint-Joseph (Vienne) 375. — Plaisance, 375. — Charité (Baltimore), 472.  
 Homatropine, 92.  
 Humeur aqueuse, 89.  
 Hyaline. (Dégénérescence), 476.  
 Hydrogène. Peroxyde, 91.  
 Hygiène, 375-472.  
 Hypermétropie, 92.  
 Hypopion. Bactériologie, 478-479.  
 Hystérie. Affection des muscles oculaires, 481-561.
- I**
- Illusion d'optique, 475. — Visuelles, 560.  
 Images entoptiques, 87-89-376.  
 Instruments, 91.  
 Intensités lumineuses, 40-89-289-473.  
 Inertie rétinienne, 114.  
 Injection intra-capsulaires, 382. — Lacrymales, 380. — Esérine, 371-562.  
 Inoculations tuberculeuses, 474.  
 Insuffisance musculaire, 281-536.  
 Iodol, 562.  
 Iridectomie. Iritis, 567. — Myopie, 378. — Cataracte, 355. — Décollement, 286-459-568.  
 Iridotomie, 382.  
 Iris. Ligament, 376. — Albinisme, 382-190-479-382-567. — Anatomie, 88-89-376. — Gomme, 382. — Hernies, 188. — Kyste, 190-382-554. — Colobomes, 567-190. — Corps étrangers, 190-479. — Pigment, 382. — Tubercules, 190-381.  
 Iritis, syphilitique, 479. — Diabétique, 561.  
 Irrigation. Chambre intérieure, 371.
- J**
- Jéquirity, 286-379-562. — Poudre, 475.
- K**
- Kératite annulaire, 382. — Neuro-paralytique, 69. 478-381. — Trophique, 190. — Parenchymateuse, 360-478-381. — En sillons étoilés, 422. — Sympathique, 479. — Dentelée, 381. — Ponctué, 567.  
 Kératocone, 190-378.  
 Keratokystotomie, 372.  
 Kyste. Orbita 94-380-565. — Corps ciliaires, 190. — Iris, 190-382-554. — Colobomateux, 481. — Rétine, 555.
- L**
- Laboratoires spéciaux, 559.  
 Lacrymotome, 380.  
 Lanoline, 475.  
 Lampe à gaz, 475.  
 Larmoiement, 477.  
 Lavages intra-oculaires, 371 471.  
 Larmes. Rétention, 564.  
 Leucorrhée. Ophtalmie purulente, 476.  
 Lumineux (Sens), 27-196-289-473-377-560.  
 Lupus conjonctival, 379.  
 Luxation. Cristallin, 190-382.  
 Lymphatique. (Courant) 560. — Congestion, 567.
- M**
- Macula, 377  
 Maladies congénitales, 367.  
 Massage, 378.  
 Membranes pupillaires. 479. — Profondes, 568.  
 Méningite. Enucléation, 558.  
 Mesures, 91.  
 Microbe. Trachome, 476.  
 Micropsie, 91-189.  
 Monument Daviel, 375.  
 Moteur commun. Nerf, 85.

- Muscles, 93-477-380-564. — Paraly-  
sies, 81. — Anatomie, 157. — Ci-  
liaire, 376. — Affection dans l'hya-  
térie, 561.
- Mydriatiques. Usage, 91. — Abus, 91.
- Myélite. Stase papillaire, 377.
- Myopie, 92-93-475. — Iridectomie, 378.
- N**
- Nerfs, 93-477-380-564. — Voy. Op-  
tique.
- Névrite rhumatismale, 550. — Opti-  
que, 383-550-564. — Rétrobulbaire  
480. — Rhumatismes, 480. — Co-  
caine, 384.
- Nez, Maladies, 90.
- Nœvi de l'œil, 565.
- Notice biographique, 87. — Histori-  
que, 97-193.
- Nouveau-nés. Ophtalmie, 91.
- Nystagmus, 190.
- O**
- Observations, 87.
- OEil. Développement, 556. — Globe.  
478. — Sarcome, 478. — Bles-  
sures, 478. — Greffe, 478-56-555.  
— Cécitès, 560.
- Opérations. Badal, 43-477. — Bacté-  
riologie, 474. — Plastiques, 92.
- Ophtalmie. Nouveau-nés, 91-477-  
551. — Purulente, 90-93-476. —  
Scrofuleuse, 549. — Réflexe, 189.
- Sympathique, 189-280-478-377-380  
565.
- Ophtalmalgie, 87. — Notes, 559. —  
Progrès, 472. — Conférences, 559.  
— En Portugal, 375. — Maladies  
parasitaires, 377.
- Ophtalmométrie, 282-378-379.
- Ophtalmoplégie, 380-565.
- Ophtalmoscope. Réfraction, 91. —  
Electrique, 558.
- Ophtalmotomie, 374.
- Ophtalmotonométrie, 89-562.
- Optique. Nerf, 192-474-479-383-568.  
— Fibres opaques, 376. — Physio-  
logique, 560.
- Optométrie, 92-476-379-563.
- Optoscope, 376.
- Orbite, 94-478-565. — Antisepsie,  
478-380. — Corps étrangers, 258-  
380-565. — Abscess, 379-380. Kystes,  
94-380-565. — Fragments de verre,  
565. — Sarcome, 94. — Exostose,  
556. — Tumeurs symétriques, 15-  
154-478-565. — Nœvi, 565. —  
Anévrysmes, 565.
- Oreille. Maladies, 475.
- Osmique. (Acide), 284.
- P**
- Panophtalmie, 90-547.
- Papille. Colobome, 384.
- Paracentèse, Cornée, 190.
- Paralysies bilatérales, 477. — Mo-  
trices, 81-243-477-380. — Moteur  
commun, 86-477-380-564. — Con-  
génitale, 94-380. — Convergence,  
281. — Rétraction, 374.
- Parasitaires (Théories), 377.
- Pathologie générale, 90-474-377-  
561.
- Paupières, 92-476-376-563. — Epi-  
thélioma, 93. — Colobome, 379. —  
Lipome, 476. — Xantelasma, 379.  
— Pithiriasis, 379. — Chancre, 554
- Pelletiérine, 477.
- Pemphigus, Conjonctive, 93.
- Peptonate de mercure, 562.
- Périmètre, Enregistreur, 378.
- Périmétrie, 378.
- Perceptions visuelles. 114-560. —  
Couleurs, 187.
- Péritomiè, 284-382.
- Phlegmon, œil, 189. — Orbita, 380.
- Photoptométrie, 40-476.
- Physiologie, 473-376-560.
- Pigment coloré, 89. — Tumeurs, 90.
- Pilocarpine, 562-563.
- Pince-nez, 91-92.
- Pithiriasis. Paupières, 379.
- Pneumophtalmie, 191
- Polarimétrie, 476
- Polyurie, 90
- Pourpre rétinien, 89.
- Ptosis congénital, 1-476. — Paralyti-  
que, 1-476. — Lipomateux, 93. —  
Opérations, 476-564. — Traite-  
ment, 563.
- Pupille. Etude, 377. — Mouvements,  
473. — Mensurations, 376. — Réac-  
tion 560
- R**
- Rapports, 375-472-559
- Réflexes tendineux, 90
- Refraction, 83-91-475-378-550-562.  
— Des mammifères, 550-560
- Retine — Anesthésie, 560. — Anévry-  
sme, 191-479-383-568. — Inertie,  
114-560. — Gliôme, 192-383-565-  
568. — Décollement, 192-286-459-  
479-383-568. — Hémorragies, 284-  
479. — Périphérie, 473-560. —  
Circulation, 480-383. — Physio-  
logie, 376. — Commotion, 583. —  
Dégénérescence kystique, 555-568.  
— Pathologie, 561. — Hyperes-  
thésie, 568. — Cysticerque, 568.

Rétinite 479. — Hémorrhagique, 491.  
— Albuminurique, 492-383. — Sy-  
philitique, 474-480. — Diffuse, 480.  
— Pigmentaire, 480-568. — Ré-  
tractions musculaires, 374  
Rougeole, Affections oculaires dans,  
475

## S

Sarcome, Peau, 561. — Choroïde,  
Epiocléral, 383. — Orbite, 94-561.  
— Intraoculaire, 478. — Glande  
lacrymale, 380  
Sclérite rhumatismale, 284.  
Sclérotique, 490-478-566. — Suture,  
381.  
Scléro-choriotomie, 374  
Sclérotomie, 478-567. — Myopie,  
378.  
Scotomes, 89. — Scintillant, 479-  
480

Sens, V. Lumineux, chromatique.

Seringue, Lavages, 471

Signaux colorés, 92

Skiascopie, 87-146-563

Sociétés, Américaine, 87. — Amster-  
dam, 87. — Italienne, 559. —  
Royaume-uni, 87-473-559. — Fran-  
çaise, 559

Staphylôme, 90-478-566

Stase papillaire, 377

Statistiques, réfraction, 91

Stéréoscopie, 379

Strabisme, 93-477-380-564. — Am-  
blyopie, 93. — Causes, 282-564.  
— Divergent, 477. — Interne, 93-  
565. — Myopie, 565. — Opéra-  
tions, 323-430-380. — Dosage,  
380.

Strabotomie, 287-323-420

Strychnine, 480

Sublimé, Injections, 283. — Conjonc-  
tivate, 555

Syphilis, 90. — Oculaire, 104-301-  
479-377-561. — Hériditaire,  
479.

Synchisis étincelant, 191

Symptômes subjectifs, 559

## T

Tables, Archives Græfe, 87. —  
Bolletino, 87

Taies, Cornée, 284

Ténotomie, Droit externe, 93. —  
Insuffisance musculaire, 281

Tension intraoculaire, 89-376-566.

— Diminution, 380

Thérapeutique, 91-475-377-562.

Thermocautère, 93-190-478

Tonomètre, 378

Tonus, V. Tension

Trachome ulcéré, 564. — Micro-  
bes, 476. — Epidémie, 476. —  
Traitement, 564. — Opération,  
564

Traité généraux, 375-472-559.

Transplantation, Conjonctive, 187.  
— Cutanée, 379.

Traumatismes, 189-478-380-565.

Trichiasis, 93. — Opération, 476.

Tubercules quadrijumeaux, 377.

Tuberculose, Choroïde, 90-382. —

Conjonctive, 476-564. — Cornée,

490-381. — Oculaire, 549. — Ino-  
culations, 474. — Iris, 190-381.

Tumeurs cérébrales, 474-561. —

Lipomateuses, 476. — Lymphadéni-  
ques, 154. — Mélaniques, 90. —

Perlées de l'iris, 554. — Sébacées,

93. — Intraoculaires, 480.

## U

Uvéite, 377.

## V

Vaisseaux, 93-477-380-564.

Verres, Décentrés, 563. — Valeurs,

475. — de spectacle, 475. — Colo-  
rés, 91. — Méridiens, 475. —

Cylindriques, 475-378. — Prisma-  
tiques, 563

Vision, Mécanisme, 473. — Phéno-  
mènes, 473. — Théorie, 376.

Vitreum, 88-191-479-376-383-567.

— Cysticerque, 186-383. — Opé-  
rations, 191. — Air, 191. — Étude

chimique, 374. — Décollement, 479.

— Recherches, 376. — Tisau con-  
jonctif, 380. — Troubles, 552. —

Développement et histogenèse, 566.

Voies lacrymales, 93-477-380-564. —

Concrétion, 93. — Sarcome, 93-380.

— Rétrécissement, 477. — Irriga-  
tions 380. — Bactériologie, 380

## X

Xantélasma, 379

Xanthopsie, 568

## Z

Zona ophtalmique, 93

Zonule, 87-88-375

Le gérant : ÉMILE LECROSNIER.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, Sr,  
52, rue Madame et rue Corneille, 3.





LI CON. TI TS

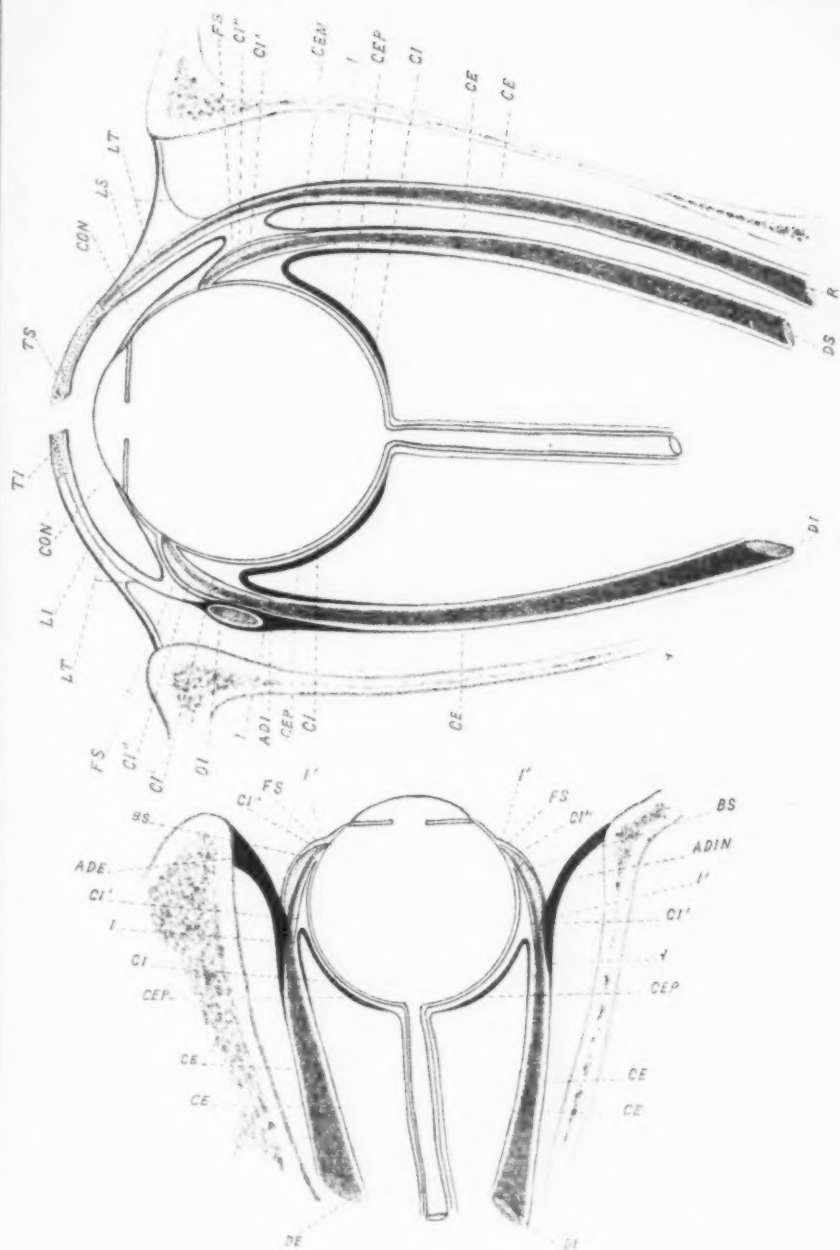




Fig. 1.

2'

a'

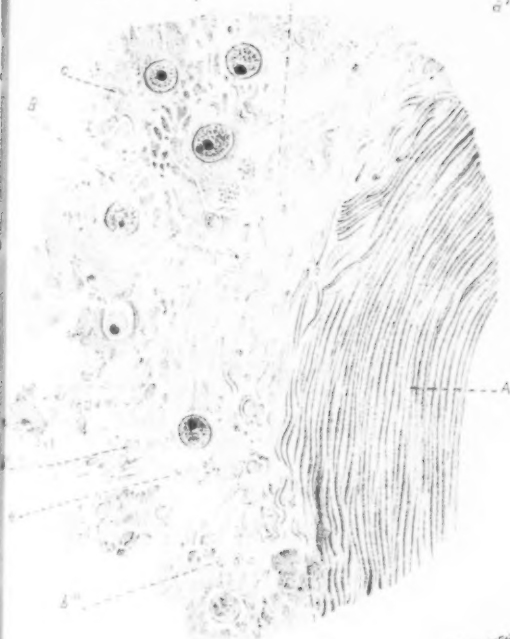


Fig. 3.



Fig. 2.

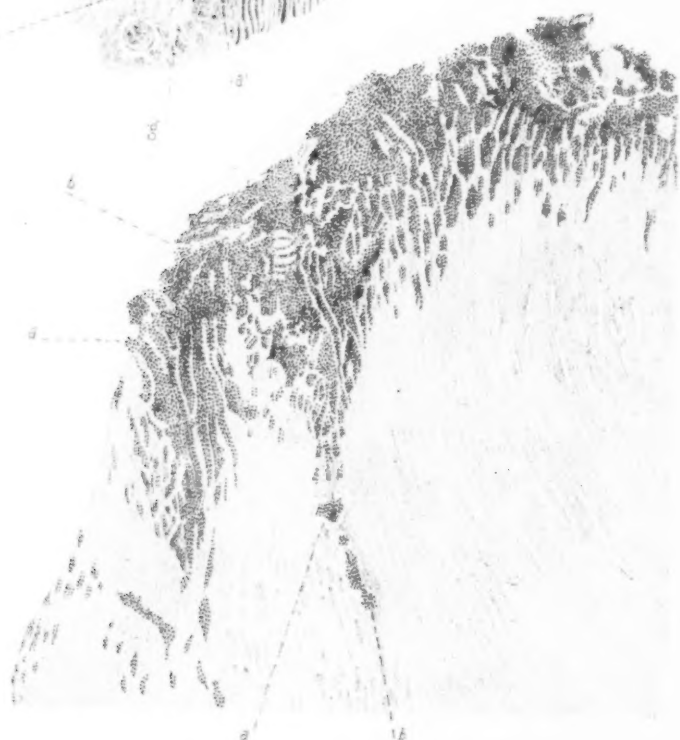


Fig. 1.



Fig. 1.

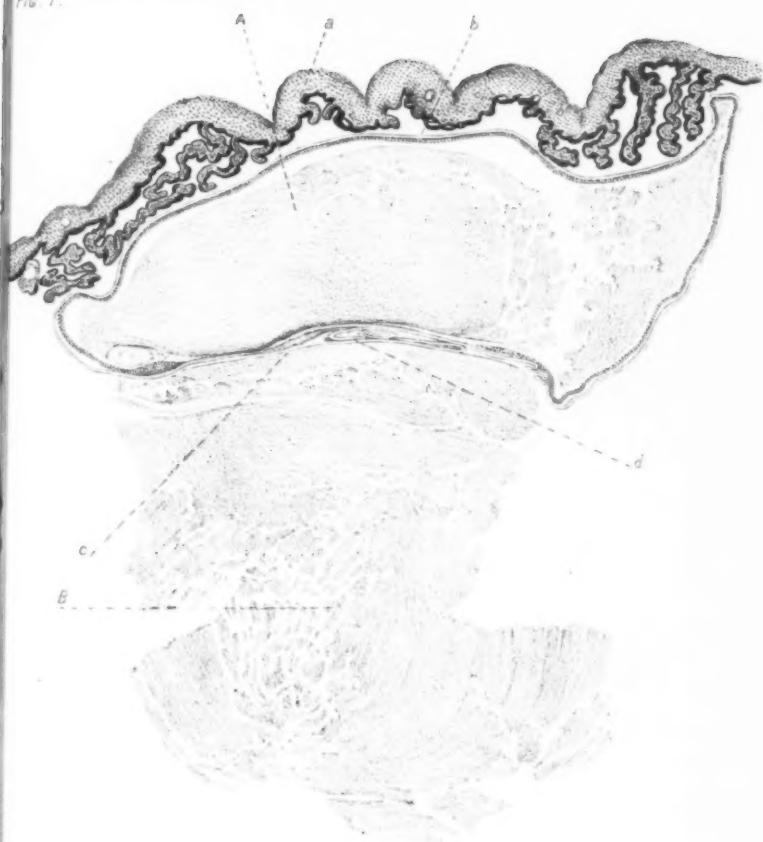
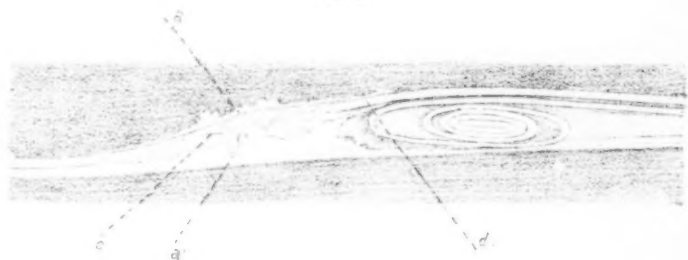


Fig 2

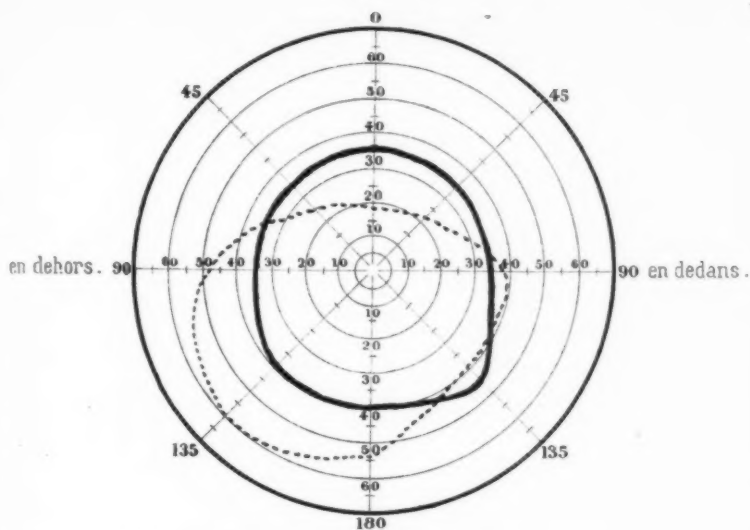


en c

en de



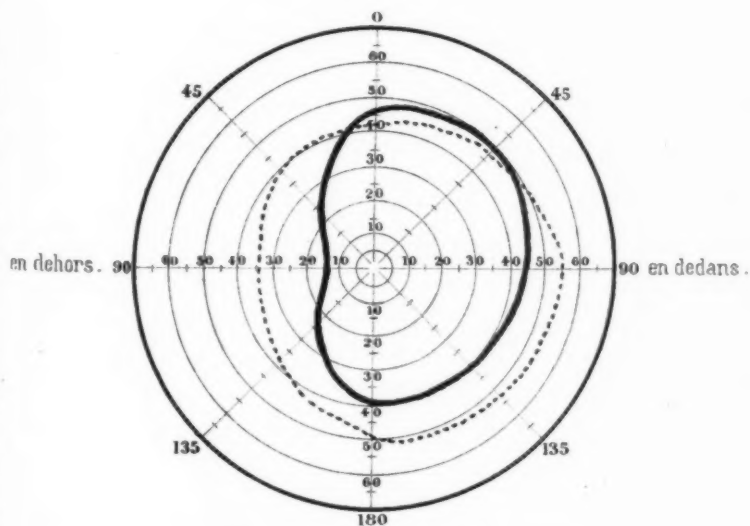
FIG. I.



Œil gauche. — Parésie du oculo-moteur commun.

——— Champ de fixation du 8/v.  
 - - - - - 29/v.

FIG. II.



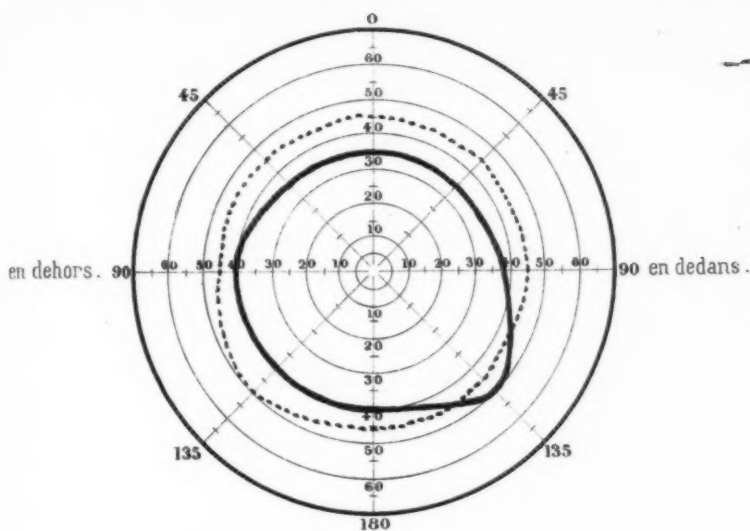
Œil gauche. — Paralysie du droit externe.

——— Champ de fixation du 26/v.  
 - - - - - 17/v.

en d

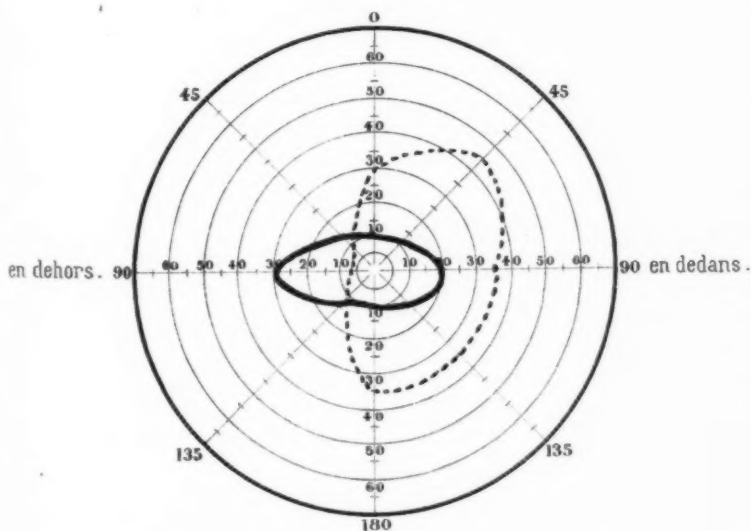
en d

FIG. III.



----- Champ de fixation de l'œil droit normal.  
 — de l'œil gauche (parésie du oculo-moteur commun).

FIG. IV.



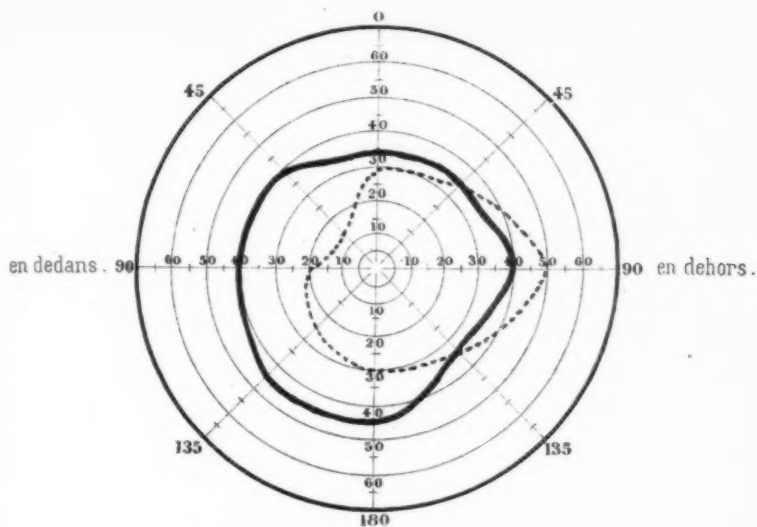
Œil gauche. — Paralyse du oculo-moteur commun.

—— Champ de fixation avant l'opération.  
 ----- après l'opération (tenet du droit externe et avancement du droit interne).

en

en d

FIG. V.

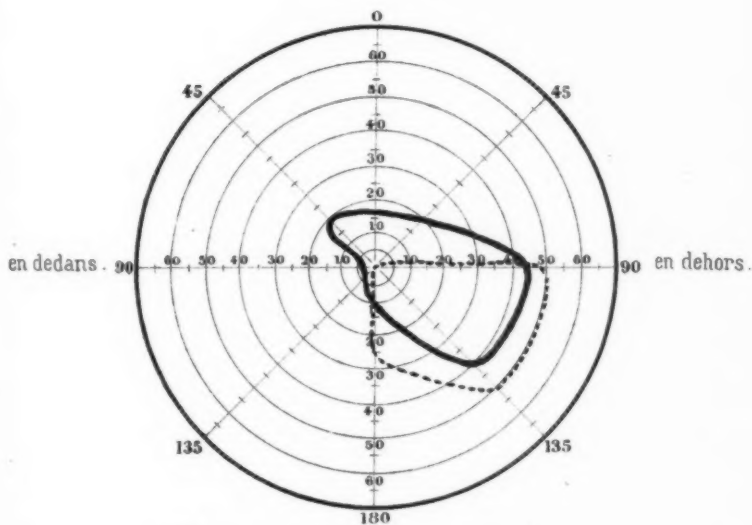


Œil droit. — Paralyse du oculo-moteur commun.

——— Champ de fixation du 4/m.

----- — 12/m.

FIG. VI.



Œil droit. — Paralyse du oculo-moteur commun.

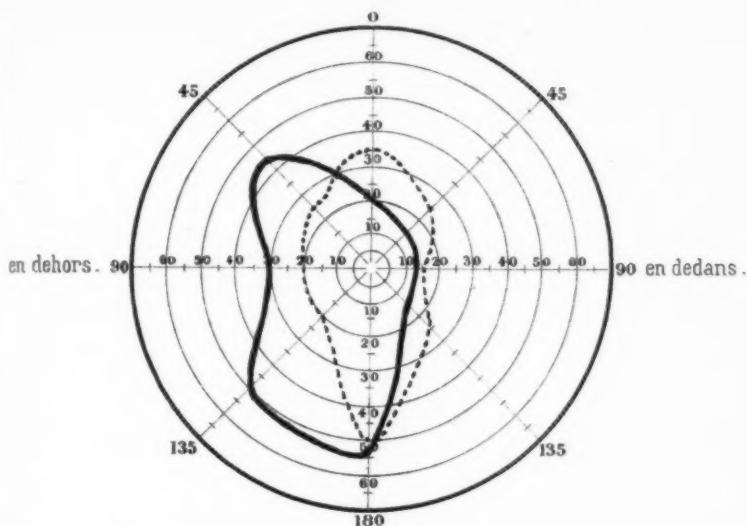
——— Champ de fixation du 16/m.

----- — 20/m.

en de

en de

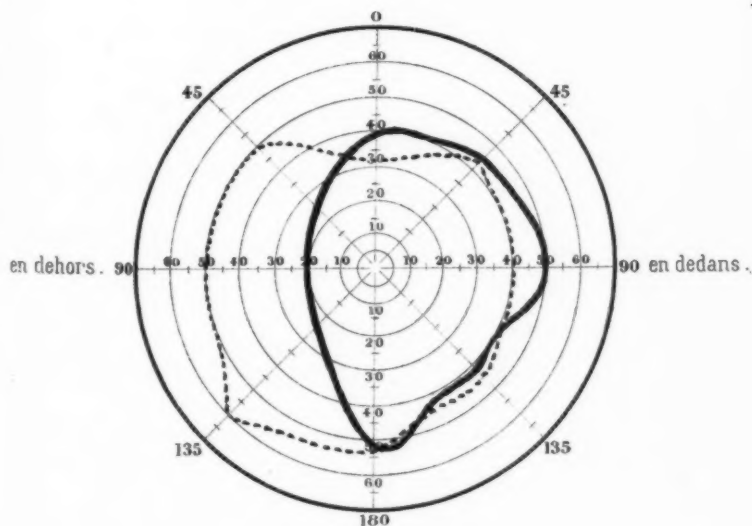
FIG. VII.



(Eil gauche. — Avant l'opération. 1/II.

— — — — — Après une tenot. du droit externe et avancement  
du droit interne, 29/III.

FIG. VIII.



—— (Eil gauche. — Parésie du droit externe.

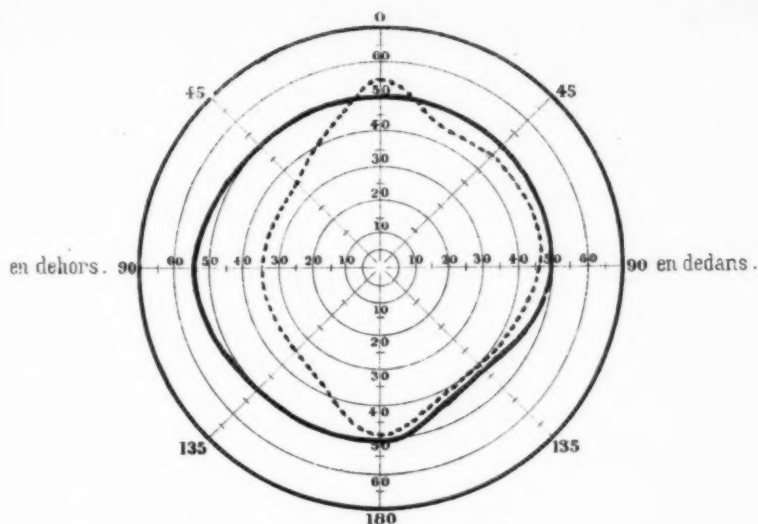
----- (Eil droit. — Normal.

en

en

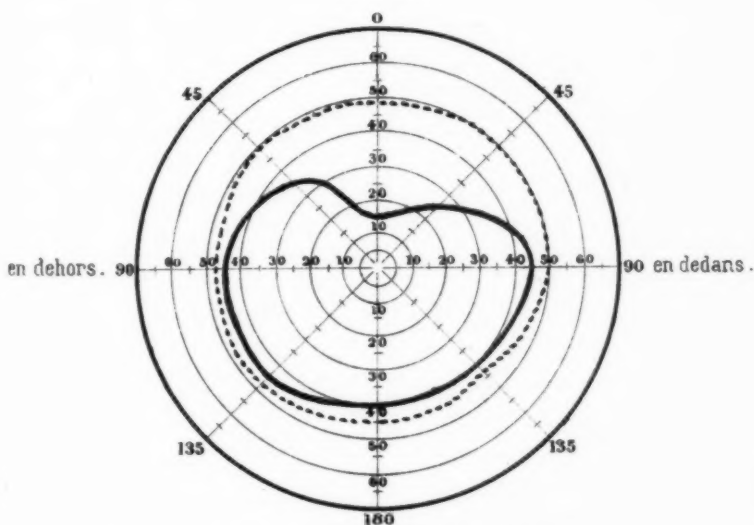


FIG. IX.



Œil gauche { ——— Champ de fixation normal.  
 ..... Champ de fixation d'un œil dans le strab.  
 conv. invétéré.

FIG. X.



Œil gauche { ——— Paralysie du droit supérieur.  
 ..... Parésie du grand oblique.